

Geben Sie auf einem Heil- und Kostenplan für den nachfolgenden Behandlungsfall Befund, Behandlungsplan und Befunde für Festzuschüsse — ohne Beträge — sowie die abrechenbaren BEMA Leistungen mit der entsprechenden Anzahl — ohne Beträge — an!

Befund: nicht erhaltungswürdige Zähne: 24, 26

wurzelgefüllter Zahn mit Notwendigkeit Stiftaufbau: 13

erhaltungswürdige Zähne mit weitgehender Zerstörung: 13, 23, 25, 27

Behandlungsplan: Metalllegierung: NEM

Oberkiefer: Brücke von 23 auf 25 auf 27 zum Ersatz von 24 und 26 vestibuläre Verblendungen im Verblendbereich bei Regelversorgung

13 konfektionierter Stiftaufbau keramisch vollverblendete Krone bei 13 (Stufenpräparation)

Provisorien: Individuell hergestellte Provisorien bei 13 und von 23 bis 27

① Welche GOZ-Leistungen fallen an?

② Welche nachträglichen Leistungen fallen an?

Im Laufe der Behandlung müssen die Provisorien im OK 2 x abgenommen und wiederbefestigt werden.

Der Zahn 23 benötigt einen konfektionierten Wurzelstift

Nachträglicher Festzuschuss:

Nachträgliche BEMA-Leistungen:

 , ,

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Vertragszahnarzt-Nr. Datum

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.

Datum/Unterschrift des Versicherten _____

Lfd.-Nr. _____

Stempel des Zahnarztes _____

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonushaft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

Art der Versorgung	Behandlungsplan									Reparatur								3 = Befund
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
TP																		
R																		
B																		
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
B																		
R																		
TP																		

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

II. Kostenplan

Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet	Anz. 2	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	fall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit		Interimsversorgung		Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone	
						Versorgungsleiden	Immediatversorgung	Alter ca.	Jahre	NEM	

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

Erläuterungen

Befund (Kombinationen sind zulässig)

a = Adhäsionstrücke (Akril)
 ab = Adhäsionstrücke (Brückenglied)
 av = einseitig bedingte Adhäsionstrücke (Akril)
 abv = einseitig bedingte Adhäsionstrücke (Brückenglied)
 b = Brückenglied
 k = einzelne Zahn
 kv = einseitig bedingte Zahn
 f = festsitzender Zahn
 i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion
 kx = zu entferntes Implantat
 k = klinisch intakte Krone
 kv = einseitig bedingte Krone

Behandlungsplanung:

A = Adhäsionstrücke (Akril)
 AV = Adhäsionstrücke (Brückenglied) mit verbundener Verbindung
 AB = Adhäsionstrücke (Brückenglied), einseitig oder einseitig bedingte
 B = Brückenglied
 k = zu ersetzender Zahn
 H = gegossene Halb- und Stützverbindung
 K = Krone

Legende:

pa = einseitig bedingter Zahn mit partiellem Substratresten
 r = Wurzelstümpfe
 rv = einseitig bedingte Wurzelstümpfe
 sv = einseitig bedingte Suprakonstruktion
 t = Teleskop
 tv = einseitig bedingtes Teleskop
 ur = unzureichende Retention
 uv = einseitig bedingter Zahn mit möglichster Zerstörung
 x = nicht einseitig bedingter Zahn
 ll = Luxationslöss

Legende:

N = Vollkranzreihe oder Kranzreihe bei vollständiger Restauration
 O = Gebissreihe, Stieg etc.
 PK = Teilkrone
 R = Wurzelstümpfe
 S = implantatgestützte Suprakonstruktion
 T = Teleskopkrone
 V = Vestibuläre Verbindung

Hinweis:

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor.

III. Kostenplanung

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung		Anz.		Euro	Ct

Zahnärztliches Honorar BEMA: _____

Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) _____

Material- und Laborkosten: (geschätzt) _____

Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt) _____

Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____

Bei Handschriftlichkeit unbedingt in Blockschrift schreiben

V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)

	Euro	Ct
1 ZA-Honorar (BEMA siehe III)		
2 ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA		
3 ZA-Honorar GOZ		
4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.		
5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxis		
6 Versandkosten Praxis		
7 Gesamtsumme		
8 Festzuschuss Kasse		
9 Versichertenanteil		

Gutachterlich befürwortet

ja nein teilweise

Eingliederungsdatum: _____

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: _____

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters _____ Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____

Nr. 51310 • www.praxisformulare.de • Clin (HrV) Consulting GmbH • Freierbergstr. 21 • 38113 Uthmannsdorf

(10/2020)