

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 TP = Therapieplanun Reparatur 3 = Befund

Art der Versorgung	Behandlungsplan									Reparatur									3 = Befund		
	TP	R	B	B	R	TP	TP	R	B	B	R	TP	TP	R	B	B	R	TP	R	B	
	18	17	16	15	14	13	12	11													
	48	47	46	45	44	43	42	41													

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung) _____

II. Zahnärztliche Befund

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

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 = Adhäsivbrücke (Akril) pa = erhaltungsgünstiger Zahn mit partiellem Substratresten
 ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied) r = Wurzelfixtoppe
 abw = erhaltungsgünstige Adhäsivbrücke (Akril) rw = erhaltungsgünstige Wurzelfixtoppe
 abw = erhaltungsgünstige Adhäsivbrücke (Brückenglied) sw = erhaltungsgünstige Suprakonstruktion
 b = Brückenglied t = Teleskop
 e = ersetzt Zahn tw = erhaltungsgünstiges Teleskop
 ew = ersetzt Zahn erhaltungsgünstiger Zahn ur = unzureichende Restauration
 f = fehlender Zahn uv = erhaltungsgünstiger Zahn mit verbleibender Zerstörung
 i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion x = nicht erhaltungsgünstiger Zahn
 k = klinisch intakte Krone y = Luxationsausschuss
 kw = erhaltungsgünstige Krone

Behandlungsplanung:

A = Adhäsivbrücke (Akril) N = Vollkronen oder keramisch voll verbleibende Restauration
 AN = Adhäsivbrücke (Brückenglied) mit verbodener Verbindung O = Gerüste, Steg etc.
 AB = Adhäsivbrücke (Brückenglied), zirkonoxid oder keramisch verbodent PK = Teleskop
 B = Brückenglied R = Wurzelfixtoppe
 Bm = zu ersetzender Zahn S = Implantatgestützte Suprakonstruktion
 H = gegossene Halb- und Stützverbindung T = Teleskopkrone
 K = Krone V = Vestibuläre Verbindung

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse _____

Hinweis:

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor.

III. Kostenplanung

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

Zahnärztliches Honorar BEMA: _____

Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) _____

Material- und Laborkosten: (geschätzt) _____

Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt) _____

Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____

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 (HIV) Consulting GmbH • Friesenbühl 21 • 38113 Lüneburg

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Anschrift des Versicherten _____

(10/2020)

Seite 2/2

Angaben zu den Urhebern und Lizenzbedingungen der einzelnen Bestandteile dieses Dokuments finden Sie unter https://www.tutary.de/entdecken/dokument/b-poolfragen_s_2_2_abr_prothetik-kassenpatient