Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Behandlungsplan für

☐ **Kiefergelenkserkrankung**

☐ **Kieferbruch**

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung
Krankenhaus:

Voraussichtliche Dauer: von ____ bis ____

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung ☐ werden übernommen ☐ werden nicht übernommen

Anschriftenfeld der **Krankenkasse**	Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**	Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**