

PARODONTALSTATUS Blatt 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

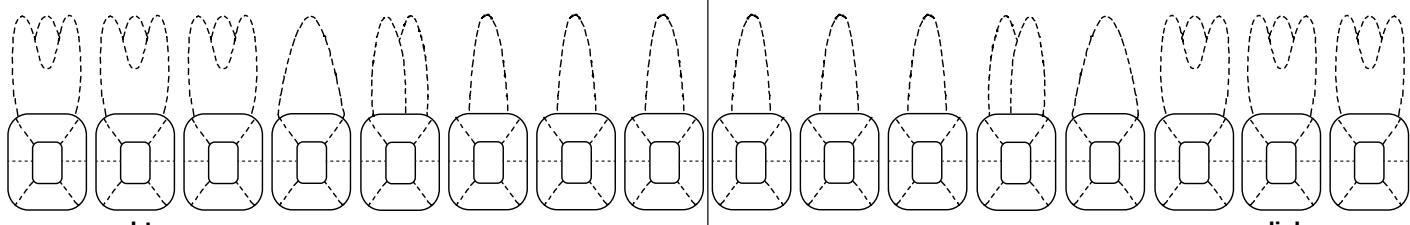
geb. am

vom _____

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

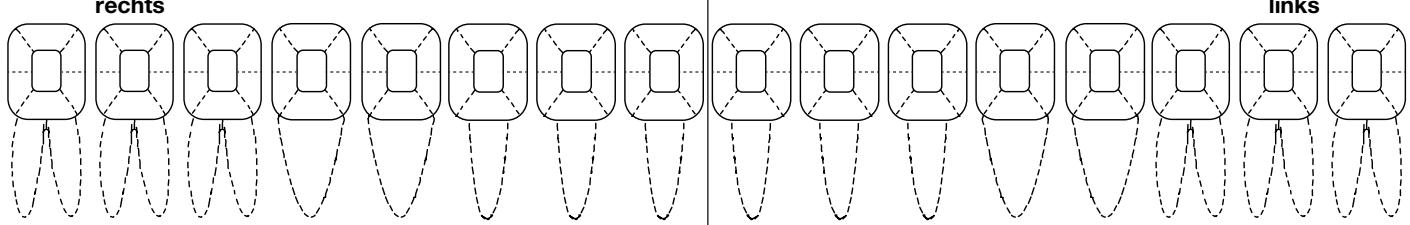
AIT																				AIT
FB																				FB

Oberkiefer



rechts

links



Unterkiefer

FB																				FB
AIT																				AIT

Bemerkungen: _____

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	
ATG	
MHU	
AIT a	
AIT b	
BEV a	

Frequenz der UPT	Anzahl

Gutachten

Gutachtlich befürwortet

Gutachtlich nicht befürwortet
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**