

# PARODONTALSTATUS Blatt 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am _____
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

vom \_\_\_\_\_

AIT																			AIT
FB																			FB
<p><b>Oberkiefer</b></p> <p><b>rechts</b>   <b>links</b></p> <p><b>Unterkiefer</b></p>																			
FB																			FB
AIT																			AIT

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

<p><b>Geplante Leistungen</b></p> <table border="1"> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Anzahl</th> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MHU</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BEV a</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>Frequenz der UPT</th> <th>Anzahl</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		Geb.-Nr.	Anzahl	4		ATG		MHU		AIT a		AIT b		BEV a		Frequenz der UPT	Anzahl			<p><b>Gutachten</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)</p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Gutachters</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
Geb.-Nr.	Anzahl																				
4																					
ATG																					
MHU																					
AIT a																					
AIT b																					
BEV a																					
Frequenz der UPT	Anzahl																				