

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

Oberkiefer

rechts

links

Unterkiefer

FB																		FB
AIT																		AIT

Bemerkungen: _____

<p>Geplante Leistungen</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Frequenz der UPT</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</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>Gutachten</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 Gutachters</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																		