

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis 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 dieses Kostenplanes.

Datum/Unterschrift des **Versicherten**

Lfd.-Nr.

Stempel des Zahnarztes

## Heil- und Kostenplan

**Hinweis an den Versicherten:**  
**Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.**

### I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

TP = Therapieplanung

R = Regelversorgung

B = Befund

Art der Versorgung

TP																	
R																	
B																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B																	
R																	
TP																	

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

### II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr.1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3

### IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro Ct

Unfall oder Unfallfolgen/  
Berufskrankheit

Interimsversorgung

Unbrauchbare  
Prothese/Brücke/Krone

Versorgungsleiden

Immediatversorgung

Alter ca.

Jahre

NEM

Datum, Unterschrift  
und Stempel der Krankenkasse

#### Hinweis:

% Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten.

Es liegt ein Härtefall vor.

#### Erläuterungen

**Befund** (Kombinationen sind zulässig)

- a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)
- b = Brückenglied
- e = ersetzter Zahn
- ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
- f = fehlender Zahn
- i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion
- ix = zu entfernendes Implantat
- k = klinisch intakte Krone
- kw = erneuerungsbedürftige Krone
- pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
- r = Wurzelstiftkappe
- rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
- sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
- t = Teleskop
- tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
- ur = unzureichende Retention
- ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- |( = Lückenschluss

#### Behandlungsplanung:

- A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)
- B = Brückenglied
- E = zu ersetzender Zahn
- H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung
- K = Krone
- M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration
- O = Geschiebe, Steg etc.
- PK = Teilkrone
- R = Wurzelstiftkappe
- S = implantatgetragene Suprakonstruktion
- T = Teleskopkrone
- V = Vestibuläre Verblendung

**vorläufige Summe** →

Nachträgliche Befunde:

### III. Kostenplanung

1 Fortsetzung Anz.

1 Fortsetzung Anz.

1 BEMA-Nrn. Anz.

Euro Ct

2 Zahnärztliches Honorar BEMA:

3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)

4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)

5 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

Anschrift des Versicherten