

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 Herstellungsgelände des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Stempel des Zahnarztes

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonushaft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

Art der Versorgung	I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan								TP = Therapieplanung				R = Regelversorgung				B = Befund			
	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				

Der Befund ist bei Wiederherstellungsgmaßnahmen nicht auszufüllen!

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse				IV. Zuschussfestsetzung		Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	Interimsversorgung	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone		
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	Versorgungsleiden	Immediatversorgung	Alter ca.	Jahre	NEM

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

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

Behandlungsplanung:

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

Nachträgliche Befunde:

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)		Euro	Ct
1 BEMA-Nrn.	Anz.					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		

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

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

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP):	EUR
Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeilen III/1 und 2 HKP):	EUR
Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP):	<u>EUR</u>
Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP):	EUR
abzüglich Festzuschüsse:	<u>EUR</u>

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend
des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

.....
Unterschrift Zahnarzt

.....
Datum/Unterschrift Versicherter

Information über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.

doppelter Festzuschuss EUR

abzüglich von der Kasse
festgesetzter Festzuschüsse EUR

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.