

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Techniker

Name, Vorname des Versicherten

Meier

Thomas

geb. am

26.10.80

Postfach 10 64 38

D 50677 Köln

Kostenträgerkennung

101575519

Versicherten-Nr.

A990000125

Status

1000000

Vertragszahnarzt-Nr.

030009999

Datum

999999991

17.03.21

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 D-Schmedeswurthe aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Lfd.-Nr. 1 von 1

Stempel des Zahnarztes

Müller

Reinhardstraße 28

10117 Berlin

Tel: 030-11223344

E-Mail: kontakt@praxis-karla-mueller.de

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

| I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan | | | | | | | | | | TP = Therapieplanung | | R = Regelversorgung | | | B = Befund | | |
|---|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----------------------|--|---------------------|----|----|------------|----|----|
| TP | | KM | KM | BM | BM | BM | KM | | | | | KM | BM | BM | KM | KM | |
| R | | K | KH | E | E | E | KVH | | | | | KVH | E | E | KH | K | |
| B | f | kw | kw | f | f | f | kw | | | | | kw | f | f | kw | kw | f |
| | 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 | f | | pw | | | | | | | | | | | | pw | | f |
| R | | | PK | | | | | | | | | | | | PK | | |
| TP | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

09 19

II. Befunde für Festzuschüsse

IV. Zuschussfestsetzung

| Befund Nr.1 | Zahn/Gebiet | Anz. 3 | Betrag Euro | Ct |
|------------------------|----------------|--------|-------------|----|
| 1.1 | 27 26 23 12 16 | 6 | | |
| | 17 | | | |
| 1.2 | 36 46 | 2 | | |
| 1.3 | 23 12 | 2 | | |
| 3.1 | OK | 1 | | |
| vorläufige Summe | | | | |
| Nachträgliche Befunde: | | | | |

☐ Unfall oder Unfallfolgen/
Berufskrankheit

☐ Immediatversorgung OK

☐ Interimsversorgung OK

☐ Versorgungsleiden

☐ Immediatversorgung UK

☐ Interimsversorgung UK

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.

☒ Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK

Alter ca. 10 Jahre

☒ Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK

☐ NEM

☒ Direktabrechnung

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis:

☐ % Festzuschuss

☐ Es liegt ein Härtefall vor.

voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall

% Festzuschuss voraussichtlich

☐ Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor

| III. Kostenplanung | | 1 Fortsetzung | Anz. | 1 Fortsetzung | Anz. |
|--------------------|------|--|------|---------------|------|
| 1 BEMA-Nrn. | Anz. | | | | |
| 19 | 2 | | | | |
| 20c | 2 | 2 Zahnärztliches Honorar BEMA: | | 4 0 4 | 5 0 |
| | | 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) | | 1 . 5 5 7 | 8 8 |
| | | 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt) | | 4 . 8 0 4 | 6 4 |
| | | 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt) | | 6 . 7 6 7 | 0 2 |
| | | 17.03.2021 | | | |

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

| III. Kostenplanung GOZ | | | | 1 Fortsetzung | | | |
|------------------------|----------------|---|--------|---------------|----------------|---|--------|
| GOZ-Nr. 1 | Zahn/Gebiet | 2 | Anz. 3 | GOZ-Nr. 1 | Zahn/Gebiet | 2 | Anz. 3 |
| 2210 | 27 17 | | 2 | 5120 | 26 23 12 16 | | 4 |
| 2270 | 27 17 | | 2 | 5140 | 25 24 13 14 15 | | 2 |
| 4040 | | | 1 | 5170 | 25 24 13 14 15 | | 1 |
| 5010 | 26 23 12 16 | | 4 | | | | |
| 5070 | 25 24 13 14 15 | | 2 | | | | |

Antragsnummer

0300099992103ZE000000000400201

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan

Gutachterlich befürwortet

☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

Verarbeitungskennzeichen

10 - erstmalige Übermittlung

Art des Behandlungsplans

06 - Heil- und Kostenplan

Therapieschritt

Aktenzeichen PVS

logische Version

1.4.0

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

Erläuterungen

Befund

| | |
|-----|---|
| a | Adhäsivbrücke (Anker) |
| ab | Adhäsivbrücke (Brückenglied) |
| abw | erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied) |
| aw | erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker) |
| b | Brückenglied |
| bw | erneuerungsbedürftiges Brückenglied |
| e | ersetzter Zahn |
| ew | ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn |
| f | fehlender Zahn |
| ix | zu entfernendes Implantat |
| k | klinisch intakte Krone |
| kw | erneuerungsbedürftige Krone |
| pw | erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten |
| pkw | erneuerungsbedürftige Teilkrone |
| r | Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn |
| rw | erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn |
| sb | implantatgetragenes Brückenglied |
| sbw | erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied |
| se | ersetzter Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese |
| sew | ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese |
| sk | implantatgetragene intakte Krone |
| skw | erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone |
| so | implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn |
| sow | erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn |
| st | implantatgetragene Teleskopkrone |
| stw | erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone |
| t | Teleskopkrone |
| t2w | erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone |
| tw | erneuerungsbedürftige Teleskopkrone |
| ur | unzureichende Retention |
| ww | erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung |
| x | nicht erhaltungswürdiger Zahn |
|)(| Lückenschluss |

Behandlungsplanung

| | |
|------|--|
| A | Adhäsivbrücke (Anker) |
| ABV | Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung) |
| ABM | Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet) |
| B | Brückenglied |
| BM | Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet |
| BV | Brückenglied mit vestibulärer Verblendung |
| E | zu ersetzender Zahn |
| H | gegossene Halte- und Stützvorrichtung |
| K | Krone |
| KH | Krone mit Halteelement |
| KM | Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet |
| KMH | Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement |
| KMO | Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe |
| KO | Krone mit Geschiebe |
| KV | Krone mit vestibulärer Verblendung |
| KVH | Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement |
| KVO | Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe |
| PK | Teilkrone |
| PKM | Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet |
| PKV | Teilkrone mit vestibulärer Verblendung |
| R | Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn |
| SB | implantatgetragenes Brückenglied |
| SBV | implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung |
| SBM | implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied |
| SE | zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese |
| SK | implantatgetragene Krone |
| SKM | implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone |
| SKMO | implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe |
| SKV | implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung |
| SKVO | implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe |
| SO | implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn |
| ST | implantatgetragene Teleskopkrone |
| STM | implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone |
| STV | implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung |
| T | Teleskopkrone |
| TM | Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet |
| T2 | Sekundärteil einer Teleskopkrone |
| T2M | Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet |
| T2V | Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung |
| TV | Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung |

Kennzeichen Bemerkungen

gemäß Schlüsselverzeichnis 6.24; bei Wiederherstellung Art der Leistung (Pflichtangabe)

| | |
|----|--|
| 01 | medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet |
| 02 | Zahnersatz verloren |
| 03 | Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.) |
| 04 | Langzeitprovisorium |
| 05 | Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich |
| 06 | Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff |
| 07 | Zahnarzt wünscht Rücksprache |
| 08 | Versicherter wünscht Rücksprache |
| 09 | Vollkeramische Restauration |
| 10 | Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“) |
| 11 | Wiederherstellung/Bruch |
| 12 | Wiederherstellung/Sprung |
| 13 | Wiederherstellung/Unterfütterung partiell |
| 14 | Wiederherstellung/Unterfütterung total |
| 15 | Erosionsgebiss |
| 16 | Erweiterung Halteelement |
| 17 | Erweiterung Zahn/Zähne |
| 18 | Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freiendsituation |
| 19 | Hemisektion |