Vordruck 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

Behandlungsplan für

☐ **Kiefergelenkserkrankung**

☐ **Kieferbruch**

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____
Krankenhaus:

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung ☐ werden übernommen ☐ werden nicht übernommen

Anschriftenfeld der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Muster

SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 72 44 · www.schutzdruck.de
Vordr.-Nr. Z 142 03.18

Originalgröße: DIN A4