

Heil- und Kostenplan Teil 1

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____		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 diesem Kostenplan. Datum/Unterschrift des Versicherten		Lfd.-Nr. _____ Stempel des Zahnarztes														
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Vertragszahnarzt-Nr. _____ Datum _____		<h2 style="margin: 0;">Heil- und Kostenplan</h2> <p style="margin: 0;">Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.</p>																
I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan		TP = Therapieplanung		R = Regelversorgung		B = Befund												
Art der Versorgung	TP																	
	R																	
	B																	
	B	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	R	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
TP																		
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		
vorläufige Summe		Nachträgliche Befunde:		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: <input type="checkbox"/> % Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten. <input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.														
III. Kostenplanung 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz. 1 BEMA-Nm. Anz.		2 Zahnärztliches Honorar BEMA: 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt) 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)		Euro Ct		V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage) 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		Euro Ct		Euro Ct		Euro Ct		Euro Ct		Euro Ct		
Datum/Unterschrift des Zahnarztes		Datum/Unterschrift des Zahnarztes		Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters		Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes		Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes		Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes		Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes		Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes		Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes		
Gutachterlich befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		Eingliederungsdatum: _____ Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: _____ Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.		Muster														

Vordr. Z 311/10 07 2018 SCHÜTZDRUCK, Tel. (0411) 32 7344 www.schutzdruck.de

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!