
Vereinbarung
zwischen der KZBV
und den Spitzenverbänden der Krankenkassen
zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen,
gültig ab 01.07.2005

Vorwort:

1. Der vom Bundesschiedsamt am 01.06.2005 festgesetzte und ab 01.07.2005 gültige Heil- und Kostenplan erhält die aus der Anlage ersichtliche Fassung. Durch die Entscheidung des Bundesschiedsamtes wurde Teil 2 des Heil- und Kostenplans neu eingeführt. Der neue Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist grundsätzlich ab dem 01.07.2005 zu verwenden. Vorhandene Heil- und Kostenpläne können aufgebraucht werden.

2. Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 ist mit Blindfarbe bedruckt und teilweise maschinenlesbar gestaltet. Nicht maschinenlesbar sind aus datenschutzrechtlichen Gründen die Daten aus den vier dunkel markierten Feldern. Diese Felder sind aber auszufüllen und nur „normal“ lesbar.

Teil 2 ist nicht maschinenlesbar. Dieser Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden.¹

3. Die Bestellung und die Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) erfolgt auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

Aufklärungspflicht des Zahnarztes gegenüber dem Patienten:

Der Zahnarzt hat den Patienten vor Erstellung des Heil- und Kostenplans über folgendes aufzuklären:

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten

¹ Die vom Bundesschiedsamt festgelegte Regelung in Anlage 3 Ziffer 1 Satz 5 wird insofern modifiziert.

Einzuhaltendes Verfahren:

Sowohl in Fällen der Regel-, gleich- als auch andersartigen Versorgung ist zu beachten:

- Nach dem Gesetz darf der Zahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des Heil- und Kostenplans vom Versicherten verlangen.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) hat die Gesamtplanung zu enthalten.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse prüft den Heil- und Kostenplan insgesamt. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. Für Wiederherstellungen/Erneuerungen können gesamtvertragliche Vereinfachungen des Bewilligungsverfahrens bestehen.

Heil- und Kostenplan - Ausfüllhinweise

A. Teil 1

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

(vom Zahnarzt auszufüllen)

Es sind ausschließlich die auf dem Heil- und Kostenplan unter Erläuterungen enthaltenen Kürzel zu verwenden und ggf. zu kombinieren (z. B. i mit k, b oder x, K mit V oder M, B mit V oder M, S mit K, KV, KM, B, BV, BM, T, TV oder E, etc.). Vollverblendete Teleskop- oder Konuskronen werden unabhängig des verwendeten Verblendmaterials mit „TM“ gekennzeichnet.

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer Freundsituation. Ein Lückenschluss wird mit dem vereinbarten Kürzel im Zahnschema gekennzeichnet.

Die Zähne im Lückengebiss sind entsprechend ihrer topographischen Lage in das Zahnschema einzutragen. Die topographische Lage entscheidet auch über den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3 und 2.7. So ist beispielsweise ein Verblendzuschuss ansetzbar, wenn ein unterer zweiter Prämolare an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

a) B - Befund

In Zeile B sind alle bestehenden zahnmedizinischen Befunde gemäß den vereinbarten Abkürzungen immer komplett einzutragen. Eine erneuerungsbedürftige Krone ist beispielsweise mit kw zu kennzeichnen.

Vorhandener Kombinationszahnersatz mit Verbindungselementen (Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) ist mit "O" an den die Verbindungselemente tragenden Kronen zu kennzeichnen bzw. im Bemerkungsfeld anzugeben.

In den Heil- und Kostenplan/Teil 1 wurden zum 01.07.2005 zusätzlich die Abkürzungen "ew" (ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn) und "ur" (unzureichende Retention) aufgenommen.

Mit dem Kürzel „ur“ sind zum einen im Zusammenhang mit der Anfertigung eines herausnehmbaren Zahnersatzes diejenigen Zähne zu kennzeichnen, deren natürliche Zahnkronen keine ausreichende Retention für die Halteelemente des Zahnersatzes aufweisen. Zum anderen sind bei Brückenversorgungen diejenigen Zähne mit „ur“ zu kennzeichnen, die aus statischen und funktionellen Gründen als zusätzliche Pfeiler in die Brückenversorgung einbezogen werden sollen.

b) R - Regelversorgung

Die zur Versorgung des zahnmedizinischen Befundes notwendige Regelversorgung in Zeile R ist unabhängig von der Art des Zahnersatzes immer vollständig auszufüllen. Bei den Befunden 7.2 und 7.5 wird die Zeile R nicht ausgefüllt, da für diese Befunde keine tatsächlichen Regelversorgungen in den Festzuschuss-Richtlinien enthalten sind; dies gilt nicht bei der Erneuerung einer implantatgetragenen Totalprothese bei zahnlosem atrophierter Kiefer nach Befund 7.5, hier ist die richtliniengemäße Regelversorgung mit SE anzugeben. Die Regelversorgung ergibt sich aus dem zahnmedizinischen Befund unter Anwendung der Zahnersatz- und der Festzuschuss-Richtlinien. Eine vestibulär verblendete Krone als Regelversorgung erhält beispielsweise die Kennzeichnung KV.

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Bema-Gebührenscheiteln für die Software möglich ist.

c) TP - Therapieplanung

Die Zeile TP ist dann auszufüllen, wenn der Heil- und Kostenplan auch die Planung einer gleich- oder andersartigen Versorgung beinhaltet. Das Ausfüllen der Zeile entfällt, wenn nur eine Regelversorgung durchgeführt werden soll.

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

Eine tatsächlich geplante Versorgung kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und/oder andersartigen Versorgung umfassen.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bei sog. Härtefällen die Krankenkasse den über dem doppelten Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur übernimmt, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Zahnersatz-Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Zahntechnische Leistungen:

Die Verwendung einer edelmetallhaltigen Gusslegierung ändert nicht den Charakter der Versorgung. Mögliche Mehrkosten für Gusslegierungen ergeben sich allein aus den Materialkosten. Bei zahntechnischen Leistungen für sog. Härtefälle übernimmt die Krankenkasse auch bei Härtefällen nur die Kosten für NEM-Legierungen.

d) Bemerkungen

Dieses Feld kann für Hinweise genutzt werden, die aus dem Befund nicht ersichtlich sind.

- Die Art der Verblendung (Kunststoff, Composite oder Keramik) kann ggf. im Feld "Bemerkungen" angegeben werden.
- In diesem Feld sind Angaben zur Art der Leistung zu machen, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 anzusetzen sind.

Das Ausfüllen des Befundfeldes entfällt bei Wiederherstellungsmaßnahmen von Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Außerdem können hier Angaben über vorhandene, funktionsfähige Verbindungselemente und Verblockungen gemacht werden, für die es keine Befundkürzel gibt.

II. Befunde für Festzuschüsse

(vom Zahnarzt auszufüllen)

a) Spalte 1: Befund Nr.

Spalte 1: die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß den Festzuschuss-Richtlinien.

Liegen bei einem Versicherten mehr als sieben mögliche Befunde vor, für die Festzuschüsse ermittelt werden, sind die weiteren Befunde auf einem 2. Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten sowie der Art der Versorgung und die Bildung einer Zwischensumme sind entbehrlich. Dieser 2. Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

b) Spalte 2: Zahn/Gebiet

In Spalte 2: Zahnbezeichnung; bei Brücken ist das zu versorgende Gebiet (z. B. Zahn 26 fehlt = 25-27), bei Teil- und Totalprothesen der Kiefer anzugeben.

c) Spalte 3: Anzahl

In Spalte 3: Anzahl der jeweiligen den Festzuschuss auslösenden Befunde.

d) Nachträgliche Befunde und deren Zuschussfestsetzung bzw. Abrechnung

Nachträglich können für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten Befunde nach Nrn. 1.4 oder 1.5 anfallen. Die Befunde für diese Festzuschüsse (€-Betrag) müssen nicht gesondert bewilligt werden, sondern werden vom Zahnarzt nachträglich auf dem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eingetragen.

Der freie Bereich unter der vorläufigen Summe kann für die Angabe des Festzuschusses nach den Nrn. 1.4 oder 1.5 durch den Zahnarzt genutzt werden.

Werden im Laufe der Behandlung andere Befunde festgestellt, die über die bewilligten Festzuschüsse hinausgehen, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

III. Kostenplanung

(vom Zahnarzt auszufüllen)

a) Nr. 1: BEMA-Nrn. und Anzahl sowie Fortsetzungsfelder

Der geplanten Regelversorgung zugeordnete Bema-Nrn. und Anzahl;

Beispiel: 19 x 3, 91b x 2, 92.

Liegen bei der Kostenplanung mehr als 10 Bema-Positionen vor, sind die weiteren Bema-Positionen auf einem 2. Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten ist entbehrlich. Dieser 2. Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

b) Nr. 2: Zahnärztliches Honorar BEMA

Das zahnärztliche Honorar nach BEMA errechnet sich aus der Summe der Bewertungszahlen multipliziert mit dem bundeseinheitlichen Punktwert 0,7143 im Jahr 2005. Der Betrag ist in EUR und Cent anzugeben.

c) Nr. 3: Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)

Fallen GOZ-Leistungen bei gleich- bzw. andersartigen Versorgung an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur der Honorarbetrag für die prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende zusätzliche Beträge, beispielsweise für implantologische oder funktionsdiagnostische Leistungen.

d) Nr. 4: Material- und Laborkosten (geschätzt)

Die anzugebenden Material- und Laborkosten umfassen die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen im gewerblichen Labor und/oder im Praxislabor sowie die abrechenbaren Kosten für Praxismaterialien für die geplante Therapie (Gesamtversorgung) in einer Summe. Dies gilt auch in Fällen, in denen gleich- oder andersartige Leistungen anfallen. Es sind sowohl die BEL- als auch die BEB-Leistungen addiert in EUR hier einzutragen.

e) Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Diese Summe ergibt sich aus den Nrn. 1 bis 4.

Das Feld III. ist mit Datum versehen zu unterschreiben und der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und ggf. Teil 2, siehe dazu unten Teil B) der Krankenkasse, ggf. über den Patienten, zur Zuschussfestsetzung zuzuleiten.

IV. Zuschussfestsetzung

(von der Krankenkasse auszufüllen)

Die vom Zahnarzt festgestellten Befunde werden von der Krankenkasse geprüft. Ggf. wird die Krankenkasse das Gutachterverfahren einleiten, um feststellen zu lassen,

- ob der im Heil- und Kostenplan angegebene Befund zutreffend ist,
- ob die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung besteht,
- ob die geplante Versorgung zahnmedizinischen Erkenntnissen gerecht wird.

Danach setzt die Krankenkasse die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt die Krankenkasse den Bonusanspruch mit 00, 20 oder 30 ein. Bei Härtefällen kann das entsprechende Feld von der Krankenkasse angekreuzt oder mit den Buchstaben „HF“ versehen werden. Nach Bewilligung der Festzuschüsse erhält der Zahnarzt den Heil- und Kostenplan zurück, danach kann mit der Behandlung begonnen werden.

Wird nach der Festsetzung der Festzuschüsse die Planung (z. B. auf Wunsch des Versicherten) abgeändert, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

V. Rechnungsbeträge

(vom Zahnarzt auszufüllen)

Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungsleistungen erfolgt über die KZV durch Übersendung des Heil- und Kostenplans/Teil 1.

a) Nr. 1: Zahnarzthonorar (BEMA siehe III)

Hier wird die Summe der unter Nr. III/1 genannten BEMA-Positionen für die Regelleistungen in EUR und Cent eingetragen.

Wurden nur Teilleistungen erbracht, weil der Versicherte beispielsweise verstorben ist, wird in dieser Zeile ein „T“ für Teilleistungen eingetragen. In einem neuen Heil- und Kostenplan sind dann die tatsächlich erbrachten Leistungen und Festzuschüsse einzutragen und abzurechnen. Der ursprüngliche Heil- und Kostenplan ist beizufügen.

b) Nr. 2: Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

Hier trägt der Zahnarzt das Honorar für die zusätzlichen BEMA-Leistungen in EUR und Cent ein, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuanfertigung eines Provisoriums). Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

c) Nr. 3: Zahnarzthonorar GOZ

Die tatsächlich angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgung-
gen sind in EUR und Cent einzutragen.

d) Nr. 4: Material- und Laborkosten Gewerblich

Es werden die im gewerblichen Labor angefallenen tatsächlichen Material- und Labor-
kosten nach BEL und BEB in einer Gesamtsumme eingetragen.

e) Nr. 5: Material- und Laborkosten Praxis

Hier werden die tatsächlichen Material- und Laborkosten der Praxis als Gesamtsumme
ausgewiesen (siehe auch d).

f) Nr. 6: Versandkosten Praxis

Hier werden Versandkosten der Praxis abgerechnet, je Versandgang für die Versen-
dung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u.ä.) an das gewerbliche Labor.

g) Nr. 7: Gesamtsumme

Addition der Reihen Nr. 1-6

h) Nr. 8: Festzuschuss Kasse

Der Festzuschuss errechnet sich durch Addition der Zuschussfestsetzung der Kran-
kenkasse unter IV. sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens je-
doch die tatsächlichen Kosten. Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklas-
se 8 einzutragen.

Härtefall:

Versicherte, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet werden, erhalten
grundsätzlich den doppelten Festzuschuss bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten,
wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Deckt der doppelte Festzuschuss die
tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen
Kosten.

Wählen diese Versicherten einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich-
und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal den doppelten Festzuschuss.

Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten
für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind.

Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der doppelte Festzuschuss bei gleich- und andersartigen Versorgungungen werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. Der VDZI hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. Der errechnete Betrag ist in Nr. 8 einzutragen.

Beispiel:

Gesamtkosten	1.050,- EUR
Doppelter Festzuschuss	1.000,- EUR
./. Mehrkosten (Edelmetallkosten ./. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR
	<hr/>
Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

Direktabrechnung:

Im freien Feld rechts außen kennzeichnet der Vertragszahnarzt den Heil- und Kostenplan mit "D", wenn eine Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat (siehe Rechnungslegung).

i) Nr. 9: Versichertenanteil

Ergebnis Zeile Nr. 7 minus Zeile Nr. 8.

VI. Sonstige Angaben

(vom Zahnarzt auszufüllen)

Das Eingliederungsdatum trägt der Zahnarzt auf dem Formular unten rechts in die vorgesehenen 6 Kästchen in der Form: „TTMMJJ“ ein.

Der Zahnarzt bestätigt abschließend mit Datum und Unterschrift die Eingliederung es Zahnersatzes in der vorgesehenen Weise.

B. Teil 2

Teil 2 des Heil- und Kostenplans ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgung, dann aber verpflichtend, auszufüllen.

Gebührenaufstellung:

In Teil 2 ist der Zahn bzw. das Gebiet, die GOZ-Position nebst Leistungsbeschreibung, die Anzahl und die darauf entfallenden, geschätzten, in volle Euro kaufmännisch gerundeten Beträge anzugeben.

Unterschrift des Zahnarztes:

Der Zahnarzt bestätigt diese Angaben mit seiner Unterschrift.

Unterschrift des Versicherten:

Wünscht der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung, ist nach erfolgter Aufklärung durch den Zahnarzt Teil 2 des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens vor Behandlungsbeginn zu unterschreiben.

Information:

Das graue Feld „Information über die Kosten der Regelversorgung“ dient der Information und Aufklärung des Versicherten. Es soll einen Vergleich zwischen dem Eigenanteil für die tatsächlich geplanten Leistungen und dem Eigenanteil, der bei Wahl der entsprechenden Regelversorgung angefallen wäre, ermöglichen. Dieses Feld ist vom Zahnarzt auszufüllen und nach der Festzuschussfestsetzung durch die Krankenkasse vom Zahnarzt ggf. zu korrigieren.

Rechnungslegung:

1. Festzuschüsse

Die Abrechnung der Festzuschüsse bei Regel- und/oder gleichartigen Versorgung erfolgt über die KZV durch Übersendung nur von Teil 1 des Heil- und Kostenplanes.

Handelt es sich um andersartige Versorgung oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v.H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgung, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. Teil 1 des Heil- und Kostenplans ist bei andersartigen Versorgung der Versichertenrechnung beizufügen.

Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v.H. vereinbaren.

Bei Härtefällen wird auch der über dem doppelten Festzuschuss liegende Betrag, den die Krankenkasse nur bei Regelversorgungen übernimmt, bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die KZV abgerechnet. Die Rechnungsstellung gegenüber dem Härtefall bleibt davon unberührt (siehe dazu auch I. c).

2. Eigenanteil

Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen. Bei der Inanspruchnahme der Regelversorgung und/oder Leistungen der gleichartigen Versorgung werden die Gesamtkosten abzüglich der festgesetzten Festzuschussbeträge ausgewiesen (Eigenanteil des Versicherten). Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der andersartigen Versorgung werden die festgesetzten Festzuschussbeträge nicht von der Rechnungssumme abgezogen (Gesamtkosten).

Der Rechnung an den Versicherten ist ein Exemplar der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.06.1993 über Medizinprodukte (Konformitätserklärung) beizufügen. Dies bedeutet, dass die Konformitätserklärung beim Versicherten verbleibt.

Anlage:

Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2)

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.