

Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.10.2020

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 _____		Heil- und Kostenplan Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.															
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): _____						Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!											
II. Befunde für Festzuschüsse 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 _____																	
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 _____																	
Erläuterungen Befund:																	
a = Adhäsionsbrücke (Driker) pr = erhaltungswürdiger Zahn mit parabol. Substratbefestigung ab = Adhäsionsbrücke (Brückenglied) r = Wurzelstülpe ar = erweiterungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Kronen) rr = erweiterungsbedürftige Wurzelstülpe abm = erweiterungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Brückenglied) sr = erweiterungsbedürftige Suprakonstruktion b = Brückenglied l = Teleskop er = ersetzter, aber erweiterungsbedürftiger Zahn tr = erweiterungsbedürftiges Teleskop f = fehlender Zahn ur = unzureichende Retention i = Implantat mit stabiler Substratkonstruktion wr = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung li = zu entfernenes Implantat x = nicht erhaltungswürdiger Zahn k = Misch-entlast. Krone z = Lückenschluss kr = erweiterungsbedürftige Krone																	
Behandlungsplanung:																	
A = Adhäsionsbrücke (Driker) M = Vollkeramische oder keramisch-vollverleimte Restauration ABV = Adhäsionsbrücke (Brückenglied) mit verstellbarer Verblendung O = Geschiebe, Stieg etc. ABM = Adhäsionsbrücke (Brückenglied, nichtverleimt) oder keramisch-vollverleimt PK = Teleskop B = Brückenglied R = Wurzelstülpe E = zu ersetzender Zahn S = Implantatgebundene Suprakonstruktion H = gegossene Halb- und Stützverblendung T = Teleskopkronen K = Krone V = Vollkeramische Verblendung																	
Hinweis: <input type="checkbox"/> % Festzuschuss <input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.																	
vorläufige Summe → Nachträgliche Befunde: _____																	
III. Kostenplanung 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz.																	
1 BEMA-Nm. Anz. _____ Euro Ct. _____																	
2 Zahnärztliches Honorar BEMA: _____ 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) _____ 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt) _____ 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt) _____																	
Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____																	
V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage) Euro Ct																	
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 _____																	
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.																	
Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters _____ Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes _____																	
Anschrift des Versicherten _____																	

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 01.10.2020

Heil- und Kostenplan Teil 2

Name des Patienten

Zahnarztpraxis

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 Zeile III/1 und 2 HKP): EUR _____

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR _____

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR _____

abzüglich Festzuschüsse: EUR _____

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.

Datum / Unterschrift des **Zahnarztes**

Datum / Unterschrift des **Versicherten**

Informationen über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in der Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% EUR _____

abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse EUR _____

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

Vordr. 3b (2019/1 10.2020) schfBZ/1/1/01 - Tel. 0611 32 52 14 - www.schmerzschutz.de

Originalgröße: DIN A4