

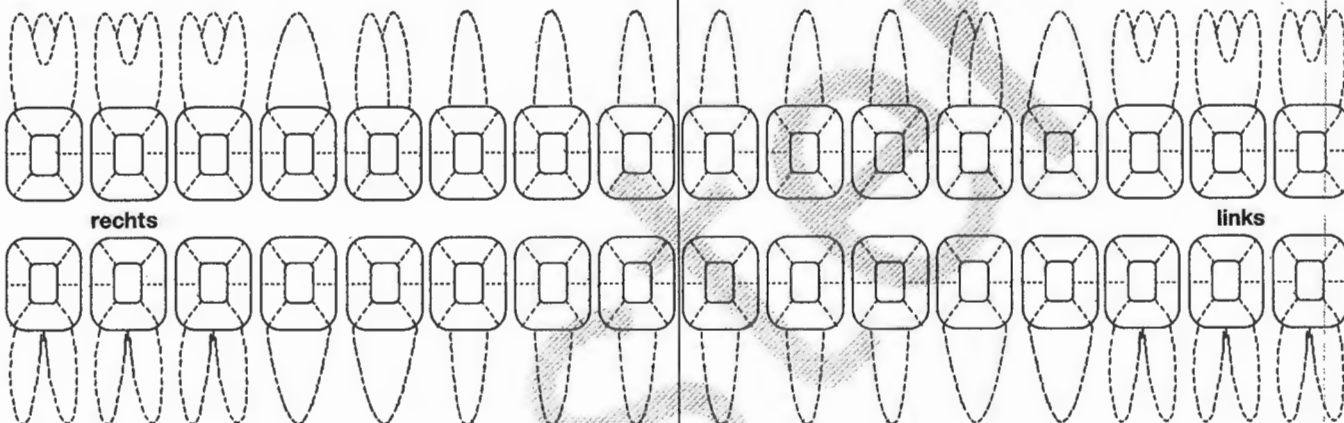
# PARODONTALSTATUS Blatt 2

vom \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

AIT																			AIT	
FB																				FB

## Oberkiefer



## Unterkiefer

FB																			FB
AIT																			AIT

## Bemerkungen:

### Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	
AIT b	
BEV a	1

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

### Gutachten

- Gutachtlich befürwortet
- Gutachtlich nicht befürwortet  
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters