

Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Gültig ab 01.07.2021

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

PARODONTALSTATUS Blatt 2

vom _____

AIT																	AIT
FB																	FB

Oberkiefer

rechts **links**

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

Muster

Vordr. 5b (2002, 07/2021) - Novotnik ua 2 Aktivitätsgebiet - SCHÜTZER/CC - M 00113/134 - www.kassenzahn.de

Originalgröße: DIN A 4