

Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.10.2020

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versichertes-Nr. Status

Vertragzahnarzt-Nr. Datum

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

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								
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	21	22	23	24	25	26	27	28	29	48	47	46	45	44	43	42	41	40
TP																											
R																											
B																											
B																											
R																											
TP																											

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung):

II. Befunde für Festzuschüsse **IV. Zuschussfestsetzung** Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit Interimsversorgung Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone

Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2	Anz.3	Betrag Euro	Ct	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.

Erläuterungen Befund

Befund

a = Adhäsionsbrücke (dental)
ab = Adhäsionsbrücke (Elastomergieß)
am = einseitig bedingte Adhäsionsbrücke
an = einseitig bedingte Adhäsionsbrücke (Elastomergieß)
b = Stockglied
c = ersetzt Zahn
en = ersetzt, aber einseitig bedingte Zahn
f = fehlender Zahn
i = Implantat mit teilerhaltender Superstruktion
ip = zu erhaltendes Implantat
k = Misch- teilerhalt. Krone
kv = einseitig bedingte Krone

Erläuterungen

pr = erhaltungswürdiger Zahn mit geladener Seitenzahnbrücke
r = Wurzelstülpung
rr = einseitig bedingte Wurzelstülpung
sr = einseitig bedingte Superstruktion
t = Teleskop
tr = einseitig bedingte Teleskop
ur = unzureichende Retention
rm = erhaltungswürdiger Zahn mit teilerhaltender Zerstörung
z = nicht erhaltungswürdiger Zahn
z = Lückenschluss

Behandlungsplanung:

A = Adhäsionsbrücke (dental)
AB = Adhäsionsbrücke (Elastomergieß) mit vertikaler Verbindung
AM = Adhäsionsbrücke (Elastomergieß) einseitig koronar einseitig bedingte
B = Brückenglied
c = zu ersetzender Zahn
H = gegossene Halb- und Stockverbindung
K = Krone
M = Vollzahnbrücke oder keramisch voll verbleibende Restauration
O = Duschbe, Sieg etc.
PK = Teleskop
R = Wurzelstülpung
S = Implantatgebundene Superstruktion
T = Teleskopkrone
Y = Vertikale Verbindung

III. Kostenplanung 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz.

1 BEMA-Nm. Anz.

2 Zahnärztliches Honorar BEMA: Euro Ct

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
 ja nein teilweise

Engliederungsdatum:

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Anschrift des Versicherten

Muster

Vordr. 3a (ZM1118) 10.2020, SKURZTITEL: 3a, ab 10.10.2020, www.kv-berlin.de

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

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
Muster				

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.

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend
des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

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) SCHÜRZ/1/1/0/1 - Nr. 00118 52 13 14 - www.kassenservice.de

Originalgröße: DIN A4