**Anlage 19b**

**Name und Anschrift der Krankenkasse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Name, Vorname des Versicherten geb. am |
| Versichertennummer |
|

# Begutachtung prothetische oder parodontale Behandlung, Kiefergelenkserkrankungen

Die Erstellung des Gutachtens über

die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ausgeführte prothetische Leistungen vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die PAR-Therapieergänzung vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

erfolgte am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Untersuchung des Patienten am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Feld **„Befund“** ist nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden.

Das Feld **„Ausgeführte Versorgung“** ist nur auszufüllen, wenn Frage 3 des Ergebnisses mit „nein“ beantwortet wird.

|  |  |
| --- | --- |
| Erläuterung **Befund**:  a = Adhäsivbrücke (Anker)  ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied)  aw = erneuerungsbed. Adhäsivbrücke  (Anker)  abw= erneuerungsbed. Adhäsivbrücke  (Brückenglied)  b = Brückenglied  e = ersetzter Zahn  ew = ersetzter, aber erneuerungs-  bedürftiger Zahn  f = fehlender Zahn  i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion  ix = zu entfernendes Implantat  k = klinisch intakte Krone  kw = erneuerungsbedürftige Krone  pw = erhaltungswürdiger Zahn mit  partiellen Substanzdefekten  r = Wurzelstiftkappe  rw = erneuerungsbed. Wurzelstiftkappe  sw = erneuerungsbed. Suprakonstrukt.  t = Teleskop  tw = erneuerungsbed. Teleskop  ur = unzureichende Retention  ww = erhaltungswürdiger Zahn mit | weitgehender Zerstörung  x = nicht erhaltungswürdiger Zahn  )( = Lückenschluss  Erläuterung **Ausgeführte Versorgung**  A = Adhäsivbrücke (Anker)  ABV= Adhäsivbrücke (Brückenglied  mit vestibulärer Verblendung)  ABM= Adhäsivbrücke (Brückenglied,  vollkeramisch oder keramisch  vollverblendet)  B = Brückenglied  E = Zu ersetzender Zahn  H = gegossene Halte- und Stütz-  vorrichtung  K = Krone  M = Vollkeramische oder keramisch  voll verblendete Restauration  O = Geschiebe, Steg, etc.  PK = Teilkrone  R = Wurzelstiftkappe  S = implantatgetragene Supra-  konstruktion  T = Teleskopkrone  V = Vestibuläre Verblendung |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ausgeführte Versorgung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Befund |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  |
|  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |  |
| Befund |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ausgeführte Versorgung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ergebnis**

1. Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan/-Therapieergänzung,

der Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen wird befürwortet  ja  teilweise  nein

2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln  ja  nein

3. Die ausgeführte prothetische Versorgung entspricht dem genehmigten   
Heil- und Kostenplan  ja  nein

**Begründung** (falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein weiteres Blatt nutzen)

**Name und Anschrift des Zahnarztes**

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift |