**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 = Brückengliede = ersetzter Zahnew = ersetzter, aber erneuerungs-  bedürftiger Zahnf = fehlender Zahni = Implantat mit intakter Suprakonstruktionix = zu entfernendes Implantatk = klinisch intakte Kronekw = erneuerungsbedürftige Kronepw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefektenr = Wurzelstiftkapperw = erneuerungsbed. Wurzelstiftkappesw = erneuerungsbed. Suprakonstrukt.t = Teleskoptw = erneuerungsbed. Teleskopur = unzureichende Retentionww = erhaltungswürdiger Zahn mit |  weitgehender Zerstörungx = nicht erhaltungswürdiger Zahn)( = LückenschlussErläuterung **Ausgeführte Versorgung**A = Adhäsivbrücke (Anker)ABV= Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)ABM= Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)B = BrückengliedE = Zu ersetzender ZahnH = gegossene Halte- und Stütz- vorrichtungK = KroneM = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete RestaurationO = Geschiebe, Steg, etc.PK = TeilkroneR = WurzelstiftkappeS = implantatgetragene Supra- konstruktionT = TeleskopkroneV = 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 |