

Ergänzende Angaben bei Versorgung mit Implantaten

Zum Heil- und Kostenplan bzw. zur Rechnung

Name und Vorname der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

Geschäftszeichen

Aufwendungen für **implantologische Leistungen** sind ohne besondere Indikation für höchstens zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich aller vorhandener Implantate, beihilfefähig. Zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit ist das Zahnschema von der Behandlerin/ vom Behandler auszufüllen.

Zahnschema (bitte stets ausfüllen):

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

F=fehlender Zahn K=Krone/Teilkrone T=Teleskopkrone W=wurzelbeh. Zahn
 B= Brückenglied I=Implantat E=ersetzter Zahn

Bereits vorhandene Implantate und deren Eingliederungsdatum:

Datum

Praxisstempel und Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes