

Erfassungsschein für Prüfungszwecke

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sollte zur besseren Übersicht ausgefüllt werden.

Bitte Name und evtl. Prüflingsnummer eintragen:

vom Prüfungsausschuss auszufüllen

erreichte Punktzahl: _____

Datum		Zahn	Leistung	Bemerkung
T	T	MM		
0	7	0	7	0 1
		1	5	R ö 5
				Z s t
				V i p r
		3	6	L 1
				V i t E
				R ö 2
				W K
				W F
				R ö 2
1	2	0	7	2 6
				O s t 1
				I
				P l a 0
				7 7 0 0
2	0	0	7	2 6
		1	3	C p
				F 4
		3	6	F 3
				b M F
		3	2	F 1
		3	1	F 1
2	7	0	7	1 5
				W R 2
				W K

Datum		Zahn	Leistung	Bemerkung
T	T	MM		
				W F
				R ö 2
0	3	0	8	1 5
		1	1	F 2
				b M F
				ü Z
1	2	0	8	
		1	6	I
				p
				F 3

Sollte zur besseren Übersicht ausgefüllt werden.

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

**Bitte Name und evtl.
 Prüfungsnummer eintragen:**

vom Prüfungsausschuss auszufüllen

erreichte Punktzahl: _____

Privatliquidation

Für Ihre zahnärztliche Behandlung erlaube ich mir,
 folgendes in Rechnung zu stellen:

Behandlungsdatum	Zahn/Region	GOÄ-Nr./GOZ-Nr.	Anzahl	Steigerungsfaktor	Begründung	Materialkosten in Euro
04.06.		Ä5		2,3		1,25
		0070		2,3		
	16, 15	Ä5000		1,8		
		Ä1		3,5	5	
	16, 15	0090	2	2,3		
	15	2040		2,3		
		2390		2,3		
		2360		2,3		
		2400		2,3		
		2410		3,5	2	
		2420		2,3		27,00
		2440		2,3		
		Ä5000		1,8		
		2020		2,3		
	16	3030		3,5	4	14,00
		3090		2,3		
07.06.		0010		2,3		
		Ä3		2,3		2,50
12.06.	15, 13-23, 25,26,35-45	4050	19	2,3		
	17,14,24,27,37,36,46,47	4055	8	2,3		
	16	3300		2,3		
		0030		2,3		13,00
01.07.	OK/UK od. Zahnangabe	4060	27	2,3		
	17, 15	0090	2	2,3		
		2180	2	2,3		
		2197	2	2,3		
	OK	5170		3,5	3	
	17, 15	5120	2	2,3		
	16	5140		2,3		
09.07.	17, 15	5010	2	2,3		
		5070		2,3		
		2197	2	2,3		

Name der Krankenkasse

Lösung WP 2018

Nr.

Ko.

Vol.

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 dieses Kostenplanes.

Datum/Unterschrift des Versicherten:

Lfd.-Nr.

Stempel des Zahnarztes

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
 Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen

II Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP=Therapieplanung R=Regelversorgung B=Befund

Art der Versorgung	TP								R								B								
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
TP																									
R																									
B	f		k	b	b	k								f	ww	f							f		
	19	17	16	15	14	13	12	11						21	22	23	24	25	26	27	28				
	49	47	46	45	44	43	42	41						31	32	33	34	35	36	37	38				
B	f	ww	ew	ew	ew		ew	ew						ew	ew		ew	ew	ew	ww			f		
R		KH	E	E	E	TV	E	E						E	E	TV	E	E	E	KH					
TP		T	E	E	E	TV	E	E						E	E	TV	E	E	E	T					

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmassnahmen nicht auszufüllen!

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

III Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr.	Zahn/Gebiet	Anz.	IV Zuschusssetzung
2.1	23 - 25		(25 - 27) auch möglich
2.5	26 - 27		(23 - 24) auch möglich
2.7	23 - 25	3	
3.1	UK		
3.2	43, 33	2	
4.7	43, 33	2	
1.1	37, 47	2	

Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit Interimsversorgung X Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone

Versorgungsebenen Immediatversorgung Alter ca. 12 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**
- A = Achsenbrücke (Artes, Spanne)
 - B = Brückenglied
 - C = ersetzter Zahn
 - D = ersetzter Zahnteil
 - E = ersetzter Zahnteil
 - F = Implantat mit Mastax
 - G = Implantat ohne Mastax
 - H = Vollkronen
 - I = Vollkronen
 - J = Vollkronen
 - K = Vollkronen
 - L = Vollkronen
 - M = Vollkronen
 - N = Vollkronen
 - O = Vollkronen
 - P = Vollkronen
 - Q = Vollkronen
 - R = Vollkronen
 - S = Vollkronen
 - T = Vollkronen
 - U = Vollkronen
 - V = Vollkronen
 - W = Vollkronen
 - X = Vollkronen
 - Y = Vollkronen
 - Z = Vollkronen

Nachträgliche Befunde:

Befund Nr.	Zahn/Gebiet	Anz.	IV Zuschusssetzung
1.4	25		

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis: % Vorgabe-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen anfallen

Es liegt ein Härtefall vor

- Behandlungsplanung**
- A = Achsenbrücke (Artes, Spanne)
 - B = Brückenglied
 - C = ersetzter Zahn
 - D = ersetzter Zahnteil
 - E = ersetzter Zahnteil
 - F = Implantat mit Mastax
 - G = Implantat ohne Mastax
 - H = Vollkronen
 - I = Vollkronen
 - J = Vollkronen
 - K = Vollkronen
 - L = Vollkronen
 - M = Vollkronen
 - N = Vollkronen
 - O = Vollkronen
 - P = Vollkronen
 - Q = Vollkronen
 - R = Vollkronen
 - S = Vollkronen
 - T = Vollkronen
 - U = Vollkronen
 - V = Vollkronen
 - W = Vollkronen
 - X = Vollkronen
 - Y = Vollkronen
 - Z = Vollkronen

III Kostenplanung

1 BEMA-Nm.	Anz.	2 Fortsetzung	3 Fortsetzung	4 Fortsetzung	5 Fortsetzung
7b					
19	9	2 Zahnärztliches Honorar BEMA:		668	56
98a		3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)		2.200	00
96c		4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)		3.800	00
98g		5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)		6.668	56
91d	2	Datum/Unterschrift des Zahnarztes	20.04.2018		

IV Rechnungsabträge (siehe Anlage)

	Euro	G
1 ZA-Honorar (BEMA siehe III)	668	56
2 ZA-Honorar zusätzl. Leistungen BEMA	157	88
3 ZA-Honorar GOZ	2.143	46
4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerblich	3.301	46
5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	197	80
6 Versandkosten Praxis		
7 Gesamtsumme	6.469	16
8 Festzuschuss Kasse	2.384	57
9 Versichertenanteil	4.084	59

Datum/Unterschrift des Versicherten

Gutachterlich befürwortet

ja nein teilweise

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

Eingliederungsdatum: 12.06.2018

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: Ingolstadt

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Beiblatt zum Heil- und Kostenplan

Vor dem Ausfüllen von III. Kostenplanung auf dem Heil- und Kostenplan sind hier die zutreffenden Bema-Nummern einzutragen und durchzurechnen.

zu III. Kostenplanung

Zahnärztliches Honorar BEMA

Gebühren-Nr. 1	Anzahl 2	Bew.-Zahl 3	Spalte 2 x Spalte 3 4
7b		19	19
19	9	19	171
98a		29	29
96c		115	115
98g		44	44
91d	2	190	380
Summe Spalte 4			758
x Punkt-Wert	0,8820		668,56

zu V. Rechnungsbeträge

ZA-Honorar zusätzl. Leistungen BEMA

Gebühren-Nr. 5	Anzahl 6	Bew.-Zahl 7	Spalte 6 x Spalte 7 8
24c	12	7	84
19	5	19	95
Summe Spalte 8			179
x Punkt-Wert	0,8820		157,88

Anlage zum Heil- und Kostenplan

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
23, 25, 27	5010		3	875,76
26, 24	5070		2	157,48
37, 47	5040		2	1.025,58
25	2195			59,05
	2197			25,59

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP):

EUR 2.143,46