

# Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.10.2020

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Vertragszahnarzt-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																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
TP																																						
R																																						
B																																						
B																																						
R																																						
TP																																						

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung):

**II. Befunde für Festzuschüsse**    **IV. Zuschussfestsetzung**

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

Muster

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

**III. Kostenplanung**

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.
<p>2 Zahnärztliches Honorar BEMA: (geschätzt)</p> <p>3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)</p> <p>4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)</p> <p>5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)</p>					

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

Eingliederungsdatum: \_\_\_\_\_

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: \_\_\_\_\_

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift des Gutachters    Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Vordr. 3a (Z1/1/18 - 10.2020) - SCHÜTZ/BUCH - Nr. 46/13/19/14 - www.kvka.de/3a

Bei Handschriftlich unbeding in Blockschrift schreiben

Anschrift des Versicherten

Originalgröße: DIN A4

## Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 01.10.2020

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) schürze1/1/01 - Nr. 80118 02 01 44 - www.zahnarzt.de

Originalgröße: DIN A4