

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

Abrechnungsstempel der
Zahnärztin/des Zahnarztes



BEGLEITBLATT QUALITÄTSSICHERUNG ZE-GUTACHTEN

1.	Röntgen	Zahnärztin/Zahnarzt			Gutachter(in)		
		ja	nein	entfällt	ja	nein	entfällt
1.1	vollständig auswertbare und aktuelle Aufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Vorbehandlung abgeschlossen						
2.1	Mundhygiene ausreichend für geplante Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	konservierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	chirurgisch (nicht erhaltungswürdige Zähne entfernt, WSR erfolgt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	endodontisch (WF richtliniengemäß, keine Osteolysen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	PAR-Behandlung ist/war notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6	PAR-Behandlung erfolgreich abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Bisslageveränderung (Erprobung wie/wie lange erfolgt?)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Gesamtplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* zusätzliche Erläuterungen (bei „Nein-Antworten“)

zu Nr.	Zahnärztin/Zahnarzt	zu Nr.	Gutachter(in)

Name in **Druckbuchstaben** der behandelnden Zahnärztin/des behandelnden Zahnarztes

Datum/Unterschrift der behandelnden Zahnärztin/des behandelnden Zahnarztes

Datum/Unterschrift/Stempel der Gutachterin/des Gutachters