

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 1

Informationen zu Ihrem Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

*(Auszug aus Stempeldaten: Name Zahnarzt, Name Praxis, Adresse Praxis)
(Kontaktdaten: z. B. Tel.-Nr., E-Mail)*

I. Versicherte / Versicherter

<p>Name, Adresse Zahnarztpraxis</p> <hr/> <p>Anrede Vorname Nachname Versicherte/r Straße Hausnummer PLZ Ort</p>	<p>Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Versichertennummer</p> <hr/> <p>Name der Krankenkasse</p> <hr/> <p>Antragsnummer</p> <hr/>
--	---

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)

TP																			TP
R																			R
B																			B
	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		
B																			B
R																			R
TP																			TP

III. Bemerkungen

Kennzeichen, s. Anhang: _____

Zusätzliche Erläuterungen: _____

IV. Voraussichtliche Kosten für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
-----------------	---------	-----------------------	--------	------------

Tabelle GOZ-Leistungen
nach Bedarf verlängerbar

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 2

Fortführung zu IV.

Zahnärztliches Honorar BEMA:	_____ (EUR)
Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt):	_____ (EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt):	_____ (EUR)
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	_____ (EUR)
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages: (____ % Festzuschuss)	_____ (EUR)
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil der gewünschten Behandlung:	_____ (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.

Muster

Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

V. Zum Vergleich: Das wären die Kosten bei Wahl der Regelversorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt jährlich Festzuschüsse zum Zahnersatz fest. Ein Festzuschuss in Höhe von 100 % entspricht dabei den Kosten, die durchschnittlich für die Regelversorgung anfallen. Da Versicherte aber, von Härtefällen abgesehen, einen Eigenanteil übernehmen müssen, zahlt die Krankenkasse lediglich Festzuschüsse je nach Bonusheft in Höhe von 60, 70 oder 75 %.

Die Kosten für die Regelversorgung bei Ihrem Befund würden voraussichtlich betragen (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von 100 %): _____ (EUR)

Die Krankenkasse zahlt voraussichtlich (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von ____ %): _____ (EUR)

Damit läge Ihr Eigenanteil voraussichtlich bei (ohne möglicherweise zusätzlich anfallende Edelmetallkosten): _____ (EUR)

VI. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die **von der Regelversorgung abweichende Behandlung** entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Bitte bei Einverständnis diese Patienteninformation unterschrieben an die Praxis zurückgeben. Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

Stand: 03/2023

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 3

Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung

Bei Bestehen einer privaten Zusatzversicherung zum Zahnersatz sind der Versicherung zwecks Abklärung der Kostenbeteiligung neben den Vorseiten auch diese Seite und der Anhang vorzulegen.

VII. Weitere Angaben

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen / Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden |
| <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK | <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK | <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK
Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM | |

VIII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
Muster		

IX. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite Anhang

Anhang: Erläuterungen

Befund:

a	= Adhäsivbrücke (Anker)	se	= ersetzter Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	= Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sew	= ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
abw	= erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	= implantatgetragene intakte Krone
aw	= erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	skw	= erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
b	= Brückenglied	so	= implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
bw	= erneuerungsbedürftiges Brückenglied	sow	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
e	= ersetzter Zahn	st	= implantatgetragene Teleskopkrone
ew	= ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	stw	= erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
f	= fehlender Zahn	t	= Teleskopkrone
ix	= zu entfernendes Implantat	t2w	= erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
k	= klinisch intakte Krone	tw	= erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
kw	= erneuerungsbedürftige Krone	ur	= unzureichende Retention
pw	= erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	ww	= erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pkw	= erneuerungsbedürftige Teilkkrone	x	= nicht erhaltungswürdiger Zahn
r	= Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn)(= Lückenschluss
rw	= erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn		
sb	= implantatgetragenes Brückenglied		
sbw	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied		

Therapieplanung:

A	= Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	= implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
ABM	= Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	= zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	= Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)	SEO	= zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
B	= Brückenglied	SK	= implantatgetragene Krone
BM	= Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKM	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BV	= Brückenglied mit vestibulärer Verblendung	SKMO	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
E	= zu ersetzender Zahn	SKO	= implantatgetragene Krone mit Geschiebe
EO	= zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung	SKV	= implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
H	= gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	= implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
K	= Krone	SO	= implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	= Krone mit Halteelement	ST	= implantatgetragene Teleskopkrone
KM	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	= implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KMO	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe	T	= Teleskopkrone
KO	= Krone mit Geschiebe	TM	= Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	= Krone mit vestibulärer Verblendung	TV	= Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KVH	= Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement	T2	= Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVO	= Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe	T2M	= Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PK	= Teilkkrone	T2V	= Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
PKM	= Teilkkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet		
PKV	= Teilkkrone mit vestibulärer Verblendung		
R	= Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn		
SB	= implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	= implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied		

Kenzeichen Bemerkungen:

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet	10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
02	Zahnersatz verloren	11	Wiederherstellung/Bruch
03	Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlötterkamm, etc.)	12	Wiederherstellung/Sprung
04	Langzeitprovisorium	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblenbereich	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	15	Erosionsgebiss
09	Vollkeramische Restauration	16	Erweiterung Halteelement
		17	Erweiterung Zahn/Zähne
		18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
		19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
		20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
		21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

Muster