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

Abrechnungsstempel der Zahnärztin/des Zahnarztes

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

BEGLEITBLATT QUALITÄTSSICHERUNG ZE-GUTACHTEN

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

*** 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