

# Ergänzende Angaben bei Versorgung mit Implantaten

## Zum Heil- und Kostenplan bzw. zur Rechnung

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der Patientin / des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geschäftszeichen

Aufwendungen für **implantologische Leistungen** sind ohne besondere Indikation für höchstens zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich aller vorhandener Implantate, beihilfefähig. Zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit ist das Zahnschema von der Behandlerin/ vom Behandler auszufüllen.

### Zahnschema (bitte stets ausfüllen):

Plan/Behandlung																		
Befund																		
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	Ober- kiefer
Befund																		Unter- kiefer
Plan/Behandlung																		
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	

F=fehlender Zahn      K=Krone/Teilkrone      T=Teleskopkrone      W=wurzelbeh. Zahn  
 B= Brückenglied      I=Implantat      E=ersetzter Zahn

Bereits vorhandene Implantate und deren Eingliederungsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel und Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes