

# 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	Oberkiefer
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Unterkiefer
Befund																	
Plan/Behandlung																	

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