

	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r											
Antrag auf Kostenübernahme gemäß Anlage 4	Diagnose													
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; border-bottom: 1px solid black;">Familienname</td> <td style="width:30%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname</td> <td style="width:40%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Patient/in</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">Tag</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Monat</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Jahr</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	Patient/in		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">Tag</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Monat</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Jahr</td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Kostenübernahmszusicherung der Kasse Gesamtkosten EUR _____ Anteil d. Kasse EUR _____ Anteil d. Vers. EUR _____			
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer												
Patient/in		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">Tag</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Monat</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Jahr</td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr								
	Tag	Monat	Jahr											
Anschrift														
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein Angehörige/r ist) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">Tag</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Monat</td> <td style="width:10%; text-align:center;">Jahr</td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr										
	Tag	Monat	Jahr											

		Anzahl beantragte Leistung	Anzahl abgerechnete Leistung			Anzahl beantragte Leistung	Anzahl abgerechnete Leistung
301	UDIPS			335	Augment. od. Redukt. /Quadrant		
302	UDIA			336	Augment. od. Redukt. Einzelz.		
303	Diagn. Aufwachsen			337	Osteotomie klein		
304	Composite 1 Fl.			338	Osteotomie groß		
306	Inlay 1 FL			339	Brücke 12 Stellen auf 4 Implantaten		
307	Diagnostisches Setup pro Kiefer			350	Brückenglied keramischer Werkstoff		
308	Composite 2 Fl.			351	Interimskrone Kunststoff		
310	Inlay 2 Fl.			352	Interimsbrückenglied Kunststoff		
311	Composite 3 Fl.			354	Steg konfektioniert mit Reiter		
313	Inlay 3 Fl.			361	Krone verblendet		
314	Onlay Composite			369	Brückenglied verblendet		
315	Onlay			372	Klebebrücke (2 Pfeiler, Zwischenglieder)		
317	Stiftverankerung pulp. ind. gefertigt			373	Krone keramischer Werkstoff		
318	Austausch Verschleißteile ret. Element in Überkonstruktion inkl. Material			374	Zweizeitige Implantation		
				377	Kieferorthopädie festsitzend		
321	Retentives Element für Zähne Locator			378	Computertomographie		
322	Retentives Element für Zähne Ball attachment und Geschiebe			379	Sialographie		
				380	Stereolithographiemodell		
323	Retentives Element für Implantat Locator			382	Implantoplastik		
325	Verbindung zu Implantat			385	Protrusionsbehelf		
326	Verbindung zu Implantat provisorisch			386	KFO - Halteschraube		
327	Freileg. ret. Z. m. Anschl.			388	Komplexer Fall (Kloßprothese bei Tumorpatient) pro Behandlungstag, maximal 100 Tagsätze pro Kalenderjahr verrechenbar		
328	Transplantation eines Zahnes						
329	Entfernung eines Impl.						
330	Freilegung e. ret. Zahnes			389	Innen(Primär)-Teleskop und Außen(Sekundär)-Teleskop		
332	Chirurg. Kronenverläng.						
333	Gingivektomie pro Quad.						

Die Leistungen sind zur näheren Erläuterung im umseitigen Zahnschema einzutragen.

Datum, Stempel und Unterschrift des Vertragspartners

Übernahmedatum und Unterschrift der Patientin/des Patienten

R															L	
																
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
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	
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
																
R															L	

Kassenvermerke:

Vermerke der Vertragseinrichtung: