

(III) Der Vordruck 3d „Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung“ wird wie folgt gefasst:

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

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

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede
Vorname Nachname Versicherte/r
Straße Hausnummer
PLZ Ort

Geburtsdatum

Versichertennummer

Name der Krankenkasse

Antragsnummer

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

TP								
R								
B								
	18	17	16	15	14	13	12	11
	48	47	46	45	44	43	42	41
B								
R								
TP								

									TP
									R
									B
	21	22	23	24	25	26	27	28	
	31	32	33	34	35	36	37	38	
									B
									R
									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

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.

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.

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

IX. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl