

Formular Zahnarztespesen

Das vorliegende Formular muss vom Zahnarzt ausgefüllt und unterschrieben werden.

Es werden die Leistungen erstattet, die in der Leistungsordnung der Südtiroler Sanitätsfonds – Sektor Bau vorgesehen sind.

Für den Erhalt der Rückerstattung muss die nachstehende Tabelle ausgefüllt werden. Dabei müssen die Anzahl der durchgeführten Behandlungen sowie die Position des behandelten Zahnes und die entsprechenden Detailkosten angegeben werden.

MUNDHYGIENE UND PARODONTOLOGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS- BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Zahnsteinentfernung				
Zahnärztliche Untersuchung	1 Mal jährlich	_____	_____	_____

ZAHNERHALTUNG

LEISTUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Füllungen nach den BLACK-Klassen	_____	_____	_____
Einlagenfüllung (Inlay, Onlay, Overlay)	_____	_____	_____
Zahnrekonstruktionen mit Schraube oder Stift – je Element	_____	_____	_____
Wurzelkanalbehandlung an einem ein- oder mehrwurzeligen Zahn	_____	_____	_____
Revision einer Wurzelbehandlung	_____	_____	_____



PROTHETIK

LEISTUNGEN	LEISTUNGS- BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Endgültige entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Provisorische entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Abnehmbare Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen	_____	_____	_____	_____
Sofortige Totalprothese (je Kieferbogen)	_____	_____	_____	_____
Einzelne Semipräzisions-/ Präzisionsverankerung	_____	_____	_____	_____
Skelettiergerät	_____	_____	_____	_____
Einfügen eines Elements auf Teil- prothese oder Skelettiergerät	_____	_____	_____	_____
Reparatur von Prothesen	_____	_____	_____	_____
Prothetische Krone	_____	_____	_____	_____
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	_____	_____	_____	_____
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	_____	_____	_____	_____
Verblendkrone aus LP oder LP mit Kunstharz-Veneer oder LP mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)	_____	_____	_____	_____



Provisorische verstärkte Krone (LNP oder LP – je Element)	_____	_____	_____	_____
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	_____	_____	_____	_____

IMPLANTOLOGIE

LEISTUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____

Inbegriffen: erster vorbereitender Eingriff, individueller Abdrucklöffel, Gebissabdruck, provisorischer Aufbau, zweiter Eingriff, Positionierung Implantat-Aufbau, endgültiger Aufbau, provisorische Zahnkronen auf dem Implantat.

KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN

LEISTUNGEN	LEISTUNGS- BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Festsitzende Zahnsperre	_____	_____	_____	_____
Herausnehmbare Zahnsperre	_____	_____	_____	_____

Nicht erstattbar: Schiene (Bite), Zahnsperre zur Extrusion eines einzelnen Zahnes.



CHIRURGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS- BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Extraktion Milchzahn (mit oder ohne Narkose)	_____	_____	_____	_____
Chirurgischer Eingriff bei Follikular- oder Wurzelzysten	_____	_____	_____	_____
Chirurgischer Eingriff bei Zahnabszess mit endodontischen Instrument in Kanallumen	_____	_____	_____	_____
Chirurgischer Eingriff bei Adamantinom oder Odontom	_____	_____	_____	_____
Entfernung des Implantats in der Kieferhöhle	_____	_____	_____	_____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

ÜBERMITTLUNG DER DOKUMENTATION

Mittels E-Mail an: sani@bauarbeiterkasse.bz.it

Persönlich oder per Post: Südtiroler Sanitätsfonds, Marie Curie Straße 15, 39100 Bozen oder
 Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz Bozen, Marconi Straße 2, 39100 Bozen

