

Steuernummer Patient \_\_\_\_\_

## Formular Zahnarztespesen

**Das vorliegende Formular muss vom Zahnarzt ausgefüllt und unterschrieben werden.**

Es werden die Leistungen erstattet, die in der Leistungsordnung 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
Zahnärztliche Untersuchung oder Zahnsteinentfernung	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Wurzelglättung (für 6 Zähne)	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Schienung	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Regenerative Chirurgie einschließlich heterologem Knochen und/oder Membran - für 6 Zähne	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Resektive Chirurgie je Bogen (einschließlich aller Arten von Lappen und Naht) - für 6 Zähne	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Mukogingivale Chirurgie für einen oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik (je Bogen), einschließlich Naht und Anästhesie	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Freie oder gestielte Lappen oder Stifte, einschließlich Naht und Anästhesie	1 Mal jährlich	_____	_____	_____

### DIAGNOSTIK

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Intraorale Röntgenaufnahme	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Orthopantomogramm	1 Mal alle 2 Jahre	_____	_____	_____
CBCT	1 Mal alle 2 Jahre	_____	_____	_____



## ZAHNERHALTUNG

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Füllungen nach den BLACK-Klassen	_____	_____	_____	_____
Zahnrekonstruktionen mit Schraube oder Stift – je Element	_____	_____	_____	_____
Wurzelkanalbehandlung an einem ein- oder mehrwurzeligen Zahn	_____	_____	_____	_____
Revision einer Wurzelbehandlung	_____	_____	_____	_____

## CHIRURGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Zahn- oder Wurzelextraktion	_____	_____	_____	_____
Extraktion eines Zahns oder einer Wurzel bei vollständigem Knocheneinschluss	_____	_____	_____	_____
Extraktion eines Milchzahnes	_____	_____	_____	_____

## IMPLANTOLOGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____	_____
Sinusbodenelevation	_____	_____	_____	_____
Horizontale/vertikale Erweiterung des Kieferkamms (jegliche Technik, Gesamtbehandlung) – je Quadrant	_____	_____	_____	_____
Intraorale Entnahme von Knochen für die autologe Transplantation und Einführung und/oder Einbringung von Aufbaumaterial – ambulatorischer Eingriff – je Quadrant	_____	_____	_____	_____



Mini-Implantate inklusive  
Präzisionsverankerung \_\_\_\_\_

## PROTHETIK

Es ist eine Rückerstattung für prothetische zahnärztliche Leistungen sowohl in Folge eines Unfalls als auch ohne Unfall vorgesehen, jedoch mit unterschiedlichen Tarifen. Zum Beleg eines Unfalles muss der entsprechende Bericht der Ersten-Hilfe beigefügt werden.

LEISTUNGEN	LEISTUNGS- BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Provisorische entfernbbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Endgültige entfernbbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Sofortige Totalprothese (je Kieferbogen)	_____	_____	_____	_____
Herausnehmbare oder festsitzende Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen einschließlich Toronto Bridge und ähnliche	_____	_____	_____	_____
Einzelne Semipräzisions-/ Präzisionsverankerung aus LNP	_____	_____	_____	_____
Skelettiergerät (Struktur aus LNP oder LP, inklusive Elemente – je Bogen)	_____	_____	_____	_____
Prothetische Krone in LNP und Keramik	_____	_____	_____	_____
Prothetische Krone aus LP und Vollkeramik oder monolithische oder verblendete Zirkonkrone	_____	_____	_____	_____
Einfache provisorische prothetische Krone aus Kunstharz	_____	_____	_____	_____



Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	_____	_____	_____	_____
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	_____	_____	_____	_____
Verblendkrone aus LP oder LP mit Kunstharz-Veneer oder LP mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)	_____	_____	_____	_____
Provisorische verstärkte Krone (LNP oder LP – je Element)	_____	_____	_____	_____
Provisorische Krone aus Kunstharz – indirekt gefertigt (je Element)	_____	_____	_____	_____
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	_____	_____	_____	_____
Perio-Overdenture je Bogen, ausgenommen Stifte	_____	_____	_____	_____
Teleskopkrone je Element	_____	_____	_____	_____
Inlay, Onlay, Overlay	_____	_____	_____	_____

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

