

Checklisten Zahnersatz-Planungsgutachten

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige	Vorname	geb. am
Versichertennummer		

Name des Zahnarztes

--

Bitte füllen Sie diesen Begleitbogen umgehend aus und senden ihn mit Röntgenaufnahmen und ggf. vorhandenen Modellen an den Gutachter, um eine zügige Begutachtung zu gewährleisten.

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

	Anzahl	Datum
Zahnfilm		
OPG		
Modelle		
Sonstiges		
Kopie der Behandlungsdokumentation von/bis:		

Vorbehandlungen:

	nicht erforderlich	durchgeführt	geplant
konservierende Vorbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chirurgische Vorbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAR-Vorbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisslageänderungen/Schientherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
evtl. Begründung für geplante Behandlung:			

Ich möchte an der klinischen Untersuchung des Patienten bzw. der Patientin teilnehmen.

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift