



Dr. ~~Maximilian Müller~~

Zahnarzt

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

~~12345~~ Straße 1

Kostenzusammenstellung für Zahnersatz, Plan Nr. 1/ 3276/ 3  
für: Herrn Michael ~~Strohmann~~ vom 17.12.1974

14.11.2007

Seite 2

Bitts senden Sie uns den genehmigten Heil- und Kostenplan nebst Anlagen und Unterschriften zurück und vereinbaren mit uns die Termine für die Abdrucknahme, ggf. Präparation, Anprobe(n) und Eingliederung des Zahnersatz.

Voraussichtliche Gesamtkosten der BEMA-Honorarleistungen €:	0,00
Voraussichtliche Gesamtkosten der GOZ-Honorarleistungen €:	14.206,77
Voraussichtliche Kosten der Laborleistungen €:	21.832,01
Voraussichtliche Behandlungskosten gesamt €:	36.038,78
Abzüglich voraussichtlicher Festzuschuss der Krankenkasse €:	533,42
Voraussichtlicher Eigenanteil €:	35.505,36

**Name der Krankenkasse**  
**AOK Augsburg**

**Name, Vorname des Versicherten**  
 [Redacted]  
**17.12.74**

**Postleitzahl**  
**86950 Fischach**

**Versicherungskategorie**  
 [Redacted] **1000 1**

**VK-Nr. des Versicherten**  
**09/08** **08.11.07**

**Erklärung des Versicherten**

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Pflege, der gleich- und andersartigen Versorgung informiert, und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.

Datum/Unterschrift des Versicherten



**Heil- und Kostenplan**

Hinweis an den Versicherten:  
 Sonstige Bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

**I. Befund des Gesamten Gebisses/Behandlungszustand**

Art der Versorgung	I.1. Zahnärztliche Versorgung				I.2. Zahnärztliche Versorgung				I.3. Zahnärztliche Versorgung				I.4. Zahnärztliche Versorgung			
	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM		
R	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		
S	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW		
	16	17	18	19	14	12	11	21	22	23	24	25	26	27		
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36		
S	F	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW	EW		
R	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		
TP	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM	SKM	SBM		

*Das Gebiss ist im Foto dokumentiert. Maßstab ist nicht angeschlossen.*

**II. Befunde der Restzahnversorgung**

Befund Nr.1	Zahn/Gebiss	2. Anz. 3	III. Zahnärztliche Versorgung Betrag Euro	Ch
4.2		1		
4.4		2		

**vorläufige Summe**  
**Nächstmögliche Befunde:**

**IV. Unfall oder Unfallfolgen/ Berufsunfähigkeit**  
 Versorgungsgeld

**V. Internistische Versorgung**  
 Immmediatversorgung

**VI. Unbrauchbare Prothesen/Brillen/Gläser**  
 Jahre

**Erklärungen**

**Behandlungsplanung:**

Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**II. Kostengliederung**

1. BEMA-Nr.	2. Bezeichnung	3. Anz.	4. Fortsetzung	5. Betrag Euro	6. Ch
1	Zahnärztliches Honorar BEMA				
2	Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)				
3	Material- und Laborkosten (geschätzt)				
4	Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)				
<b>14.11.2007</b>					

Datum/Unterschrift des Zahnersatzes

**III. Rechnungsbetrag (siehe Anlage)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
ZA-Honorar (BEMA alone III)	ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA	ZA-Honorar GOZ	Mat- und Lab.-Kosten Gewerbl.	Mat- und Lab.-Kosten Praxis	Verbandkosten Praxis	Gesamtsumme	Restzuschuss Ks490	Versichertenanteil

Herrn [Redacted]  
 [Redacted]  
 [Redacted]

Gutachtenlich beantwortet  
 ja  nein  teilweise

Eingliederungsdatum: [Redacted]  
 Herstellungsort bzw. Herstellungland des Zahnersatzes:  
 Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift und Stempel des Zahnersatzes

Datum/Unterschrift des Zahnersatzes

Die Herkunftsangabe ist verbindlich in Blockschritt anzugeben.  
 Die Angabe der BEMA-Nr. ist verbindlich.  
 Die Angabe der BEMA-Nr. ist verbindlich.