

PARODONTALSTATUS Blatt 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am _____
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

vom _____

AIT																			AIT
FB																			FB
<p>Oberkiefer</p> <p style="text-align: center;">rechts links</p> <p>Unterkiefer</p>																			
FB																			FB
AIT																			AIT

Bemerkungen: _____

<p>Geplante Leistungen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ATG</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MHU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>AIT a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BEV a</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Frequenz der UPT</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Geb.-Nr.	Anzahl	4	1	ATG	1	MHU	1	AIT a		AIT b		BEV a	1	Frequenz der UPT	Anzahl			<p>Gutachten</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)</p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Geb.-Nr.	Anzahl																		
4	1																		
ATG	1																		
MHU	1																		
AIT a																			
AIT b																			
BEV a	1																		
Frequenz der UPT	Anzahl																		