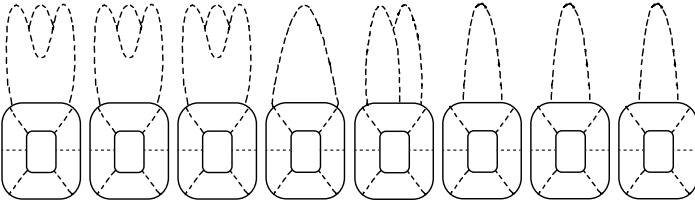
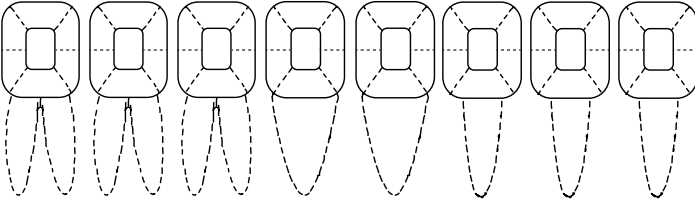
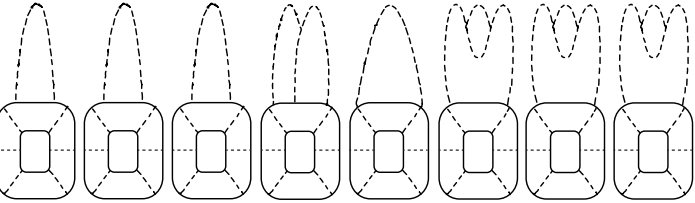
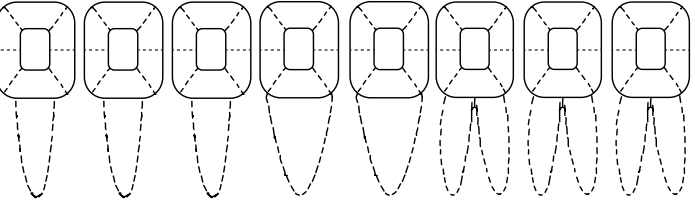


PARODONTALSTATUS Blatt 2

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

vom _____

AIT																		AIT
FB																		FB
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Oberkiefer</p>  <p style="text-align: center;">rechts</p>  <p>Unterkiefer</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">  <p style="text-align: center;">links</p>  </div> </div>																		
FB																	FB	
AIT																	AIT	

Bemerkungen: _____

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	
AIT b	
BEV a	1

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Gutachten

- Gutachtlich befürwortet
- Gutachtlich nicht befürwortet
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**