



NIEDERSÄCHSISCHE VERSORGUNGSKASSE

Niedersächsische Versorgungskasse
 Am Mittelfelde 169
 30519 Hannover

Befunderhebung des stomatognathen Systems; klinische Funktionsanalyse

Bitte fügen Sie dieses Formblatt der Rechnung oder dem Heil- und Kostenplan bei

Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten										Aktenzeichen						
Name, Vorname des/der Patienten/in										geboren am						
Privatanschrift																
Dienstherr								Telefon (bitte mit Vorwahl)								
Der klinische Funktionsstatus wurde am _____ auf dem Formblatt erhoben und dem Krankenblatt zur Dokumentation beigelegt.																
Die Leistungen nach den GOZ-Positionen																
<input type="checkbox"/> 8000	<input type="checkbox"/> 8010	<input type="checkbox"/> 8020	<input type="checkbox"/> 8030	<input type="checkbox"/> 8035	<input type="checkbox"/> 8050	<input type="checkbox"/> 8060	<input type="checkbox"/> 8065	<input type="checkbox"/> 8080	<input type="checkbox"/> 8090	<input type="checkbox"/> 8100						
werden / wurden aufgrund folgenden Indikation(en) erbracht																
<input type="checkbox"/> Kiefergelenk-/Muskelkrankung ▶				<input type="checkbox"/> leichter Art				<input type="checkbox"/> mittlerer Art				<input type="checkbox"/> schwerer Art				
<input type="checkbox"/> Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung																
<input type="checkbox"/> umfangreiche Gebissanierung Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.																
<input type="checkbox"/> Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 der GOZ																
<input type="checkbox"/> umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen																
Planung																
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

F = Füllung B = Brückenglied K = Krone / Teilkrone T = Teleskopkrone
 E = zu ersetzender Zahn)(= Lückenschluss H = Halteelement O = Verbindungsvorrichtung
 e = ersetzter Zahn f = fehlender Zahn

Ort, Datum, Unterschrift, Praxisstempel
--