



BEFUNDERHEBUNG DES STOMATOGNATHEN SYSTEMS; KLINISCHE FUNKTIONSANALYSE

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

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Beihilfe-Nummer

Beihilfeberechtigte/r

Name, Vorname

Geburtsdatum

--	--

Patient/in (Name, Vorname)

Geburtsdatum

--	--

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 der folgenden Indikation(en) erbracht:

- Kiefergelenk-/Muskelerkrankung ► leichter Art mittlerer Art schwerer Art
- Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung
- umfangreiche Gebissanierung
Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder In-lays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.
- Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 der GOZ
- 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

--	--	--