



Name, Vorname des Beihilfeberechtigten	Personalnummer
Name, Vorname des Patienten	geboren am

Praxisstempel
Datum und Unterschrift des Zahnarztes

An das

BA-Service-Haus
Beihilfe
90327 Nürnberg

Befunderhebung des stomatognathen Systems; klinische Funktionsanalyse

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

Der klinische Funktionsstatus wurde am auf dem Formblatt erhoben und dem Krankenblatt zur Dokumentation beigelegt
--

Die Leistungen nach den GOZ-Positionen (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen)										
<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 folgender Indikation(en) erbracht										
<input type="checkbox"/> Kiefergelenk-/Muskelerkrankung (Myoarthropatie)										
<input type="checkbox"/> Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung										
<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										
<input type="checkbox"/> Umfangreiche Gebissanierung <small>Diese liegt 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.</small>										

Zahnschema (bitte vollständig Ausfüllen):

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 = Verbindungsvorricht.
 e = ersetzter Zahn f = fehlender Zahn

<input type="checkbox"/> Sonstige Indikation ► Begründung:
--

Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten
--