



An das

BA-Service-Haus
Beihilfe
90327 Nürnberg

Personalnummer	
Name, Vorname des Beihilfeberechtigten	
Name, Vorname des Patienten	geboren am
Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten	

Befund und Planung für implantologische Leistungen

Dieses Formblatt ist vom behandelnden Zahnarzt auszufüllen und zu unterzeichnen.

Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen und in bestimmter Anzahl, einschließlich vorhandener Implantate, sofern diese ganz oder teilweise aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden, beihilfefähig (§ 15 Abs. 1 Bundesbeihilfeverordnung).

Zur Prüfung dieser Voraussetzungen ist es notwendig, die zutreffenden Indikationen anzukreuzen und das Zahnschema auszufüllen und bei der Festsetzungsstelle einzureichen. Wichtig sind auch Angaben zu bereits vorhandenen Implantaten.

Zahnimplantate sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. bis zu 2 Implantate je Kiefer ohne bestimmte Indikationen
2. bis zu 4 Implantate je Kiefer im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer
3. bei folgenden Indikationen gilt keine Obergrenze:
 - a) größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
*Tumoroperationen,
 Entzündungen des Kiefers,
 Operationen infolge großer Zysten, zum Beispiel großer follikulärer Zysten od.
 Keratozysten,
 Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine
 Implantatversorgung vorliegt,
 angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten,
 ektodermale Dyplasien oder
 Unfällen,*
 - b) dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
 - c) generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
 - d) nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken)

Für die hier unter Nr. 3 genannten Fälle, bei denen es keine Obergrenze für die Anzahl der beihilfefähigen Implantate gibt, gilt die Regelung des § 16 Abs. 1 BBhV, wonach die Material- und Laborkosten nur zu 40% beihilfefähig sind, nicht.

Zahnschema (bitte vollständig ausfüllen):

	Oberkiefer rechts								Oberkiefer links								
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Befund																	Befund
Planung Implantate																	Planung Implantate
Planung Prothetik																	Planung Prothetik
	Unterkiefer rechts								Unterkiefer links								
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																	Befund
Planung Implantate																	Planung Implantate
Planung Prothetik																	Planung Prothetik

Datum:	Bestätigung der Angaben durch Unterschrift des Zahnarztes:	Praxisstempel:
--------	--	----------------