

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
	999999991	

vom

AIT																			AIT	
FB	0	0	0		0										0		0	0	0	FB
Oberkiefer																				
rechts								links												
Unterkiefer																				
FB	0	0	0														0	0	0	FB
AIT																				AIT

Bemerkungen:

<p>Geplante Leistungen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ATG</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MHU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>AIT a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BEV a</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Frequenz der UPT</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		Geb.-Nr.	Anzahl	4	1	ATG	1	MHU	1	AIT a		AIT b		BEV a	1	Frequenz der UPT	Anzahl			<p>Gutachten</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)</p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
Geb.-Nr.	Anzahl																				
4	1																				
ATG	1																				
MHU	1																				
AIT a																					
AIT b																					
BEV a	1																				
Frequenz der UPT	Anzahl																				