

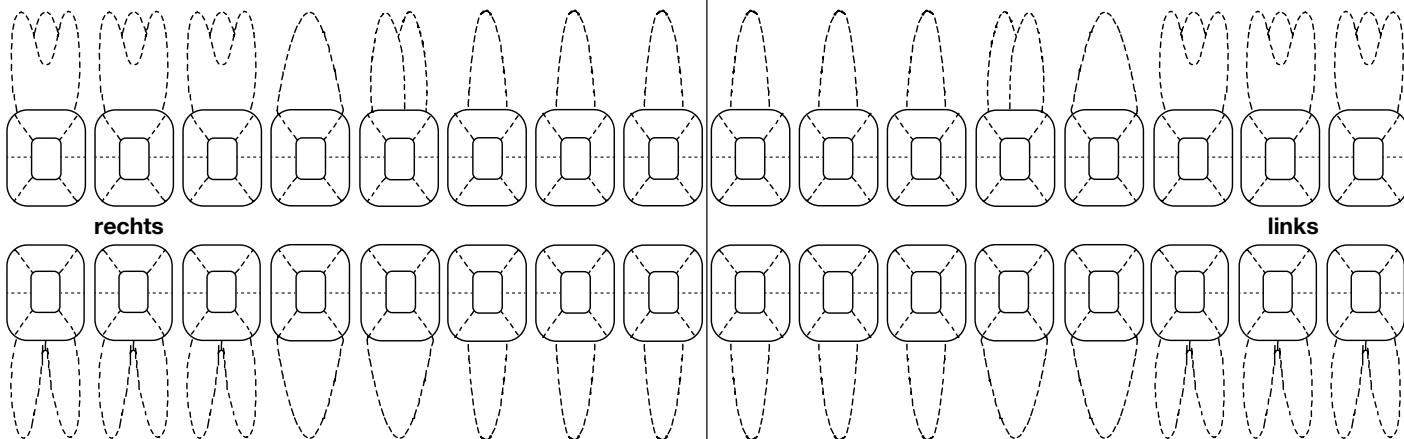
PARODONTALSTATUS Blatt 2

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

vom _____

AIT																			AIT
FB																			FB

Oberkiefer



Unterkiefer

FB																			FB
AIT																			AIT

Bemerkungen: _____

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	
AIT b	
BEV a	1

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Gutachten

- Gutachtlich befürwortet
- Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**