Vor- und Nachname der beihilfeberechtigten Person

Anschrift

Tel.

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezügestelle Dresden
Referat 339/D - Beihilfe
Postfach 100655
01076 Dresden

Az. (Org-Nr. / Personalnummer)

Ergänzende Angaben bei Versorgung mit Implantaten

zum Heil- und Kostenplan bzw. zur Rechnung

Name und Vorname des Patienten	Praxisstempel/Unterschrift des Zahnarztes
Anschrift:	
Geburtsdatum:	

Sind bereits Implantate vorhanden?

☐ Nein ➔ es handelt sich um ein „Erstimplantat“ ☐ Ja ➔ Bitte Zahnschema vollständig ausfüllen

Im folgenden Zahnschema sind sowohl bereits vorhandene Implantate zu kennzeichnen, als auch die Stellen, an denen Implantate eingesetzt werden sollen (bitte vollständig ausfüllen).

Zahnschema:

Plan/Behandlung																	
Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Oberkiefer

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Unterkiefer
Befund																	
Plan/Behandlung																	

I = Implantat N = nichtangelegter Zahn

• • •

Bereits vorhandene Implantate und deren Eingliederungsdatum (bitte auch angeben, für welche Implantate die Kosten von der Beihilfe oder andere vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden → falls eine Finanzierung ohne Leistungen der Beihilfe oder ohne Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, bitte glaubhafte Nachweise beilegen, z. B. Beihilfebescheide oder Rechnungen):

_____

_____

_____

_____

Sollte außerdem eine der folgenden Indikationen vorliegen, bitten wir Zutreffendes anzukreuzen:

☐ größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache haben in

- ☐ Tumoroperationen
- ☐ Entzündungen des Kiefers
- ☐ Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer follikulärer Zysten oder Keratozysten
- ☐ Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt
- ☐ angeborene Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien
- ☐ Unfällen

☐ dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere bei Tumorbehandlungen

☐ generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen (Zahnschema ist zwingend auszufüllen)

☐ nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken

_____ _____

Datum Unterschrift Behandler