

Vor- und Nachname der beihilfeberechtigten Person

---



---

Anschrift

---

Tel. \_\_\_\_\_

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
 Postfach 54 06  
 97004 Würzburg

---

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