

Kommunaler Versorgungsverband  
 Brandenburg  
 Beihilfe  
 Postfach 12 09  
 16771 Gransee

Geschäftspartner-Nr.	Mitglieds-Nr.	Name des Mitglieds
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		

### Befund und Planung für implantologische Leistungen nach § 15 BBhV - zahnärztliche Bescheinigung

Name, Vorname der Patientin/des Patienten	geboren am
Für o.g. Patient/-in ist eine Versorgung von ___ Implantaten in regio _____ geplant bzw. durchgeführt worden.	

Es sind keine weiteren Implantate vorhanden.
Weitere Implantate sind vorhanden in regio _____ (siehe Zahnschema Seite 2).

Folgende Indikation für eine Implantatbehandlung liegt vor:
größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache haben in
Tumoroperationen,
Entzündungen des Kiefers,
Operationen in Folge großer Zysten,
Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, ektodermalen Dysplasien,
Unfällen.
dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung.
generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen.
nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken).
implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer. Maßgebend ist der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese: _____ (Datum)

Neben dem Befund und dem Behandlungsplan bitte auch vermerken, an welchen Stellen die Implantate gesetzt werden sollen.

(bitte vollständig ausfüllen)

Plan/Behandlung																		
Befund																		
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																		
Plan/Behandlung																		

**Befund**

b = vorhand. Brückenglied  
 e = bereits ersetzter Zahn  
 f = fehlender Zahn

i = vorhand. Implantat  
 k = vorhand. Krone  
 t = vorhand. Teleskopkrone

w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn  
 x = nicht erhaltungswürdiger Zahn  
 )( = Lückenschluss

**Behandlungsplan**

B = Brückenglied  
 E = zu ersetzter Zahn  
 I = Implantat  
 K = Krone  
 V = Kunststoffverblendung  
 H = Klammer, Haltevorrichtung  
 M = Metalkeramikverblendung  
 bzw. Vollkeramikkrone

T = Teleskopkrone  
 PK = Teilkkrone  
 S = Suprakonstruktion  
 Ve = Veneer  
 = = Stegverblockung  
 O = Verbindungselement  
 Y1 = Inlay einflächig

Y2 = Inlay zweiflächig  
 Y3 = Inlay dreiflächig  
 WK = Wurzelstiftkappe  
 TOP = Totalprothese  
 TEP = Teilprothese

Ort, Datum, Unterschrift der Zahnärztin/ des Zahnarztes, Praxisstempel