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

Behandlungsplan für

☐ **Kiefergelenkserkrankung**

☐ **Kieferbruch**

Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) **Unfall** ☐ ja ☐ nein

Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Krankenhaus:

Geplante Leistungen

BEMA-Nr.	Anz.	Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)

Entscheidung der Krankenkasse (nur bei Kiefergelenkserkrankung) ☐ nicht genehmigt (Begründung ggf. auf besonderem Blatt) ☐ genehmigt

	Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**	Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**
Antragsnummer		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Verarbeitungskennzeichen		
Aktenzeichen PVS		
Seite logische Version		