

KLINISCHES TAGEBUCH

Sehr geehrter Kunde,

um eine Erstattung für zahnärztliche Leistungen zu erhalten, muss Ihr Zahnarzt das beigefügte Formular ausfüllen.

Im Konkreten:

Der Behandlungsverlauf muss die erbrachten Leistungen entsprechend den zur Erstattung eingereichten Rechnungen aufführen.

Die zahnärztlichen Leistungen, die von der Erstattung abgedeckt werden, sind **ausschließlich** jene im Rahmen des Gesundheitsplans. Deshalb sind die Angaben in der Behandlungsakte nur zu Untersuchungs- und Abrechnungszwecken verbindlich.

Bitte kreuzen Sie die betreffenden Posten oder Orte an und geben Sie den Gesamtbetrag pro Art der Dienstleistung sowie die Daten der Durchführung an.

Die ausgefüllten Unterlagen sind zusammen mit den Rechnungen und ggf. den Röntgenbilder vor und nach der Implantation/dem Eingriff (im digitalen Originalformat, die aus dem vom Zahnarzt verwendeten Betrachtungsprogramm exportiert wurde, oder im Falle eines analogen Röntgenbildes auf einem Diaphanoskop als Foto im PDF- oder Jpeg-Format).

NR.	LEISTUNGSBESCHREIBUNG	LEISTUNGORT (DIE BETROFFENEN BEREICHE BITTE ANKREUZEN)																BETRAG	LEISTUNGSdatum FÜR JEDE LEISTUNG ANGEBEN
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70CC01	EINLAGENFÜLLUNG (INLAY, ONLAY, OVERLAY) ODER KOMPOSIT-VENEER	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		
70CC02	ZAHNREKONSTRUKTION NACH ENDODONTISCHER BEHANDLUNG	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		
70CC03	KAVITÄTENKLASSE I (NACH BLACK)	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		
70CC04	KAVITÄTENKLASSE II (NACH BLACK)	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		
70CC05	KAVITÄTENKLASSE III (NACH BLACK)	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		
70CC06	KAVITÄTENKLASSE IV (NACH BLACK)	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		
70CC07	KAVITÄTENKLASSE V (NACH BLACK)	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		
70CE01	ENDODONTISCHE BEHANDLUNG EINES WURZELKANALS	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		
70CE02	ENDODONTISCHE BEHANDLUNG VON ZWEI WURZELKANÄLEN	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		
70CE03	ENDODONTISCHE BEHANDLUNG MEHRER WURZELKANÄLE (3 ODER MEHR)	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		
70CE05	ENDODONTISCHE REVISIONS-BEHANDLUNG EINES WURZELKANALS	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		
70CE06	ENDODONTISCHE REVISIONS-BEHANDLUNG VON ZWEI WURZELKANÄLEN	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		
70CE07	ENDODONTISCHE REVISIONS-BEHANDLUNG MEHRERER WURZELKANÄLE	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		
70CH02	APEKTOMIE	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		
70CH03	ZAHNEXTRAKTION	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		
70CH04	EXTRAKTION EINES VOLL ODER TEILWEISE EINGESCHLOSSENEN ELEMENTS	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		
70CH05	WURZELRESEKTION ODER WURZELAMPUTATION	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		
70CH07	ORTHODONTISCHER CHIRURGISCHER EINGRIFF ZUR FREILEGUNG EINES EINGESCHLOSSENEN ELEMENTS	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		

Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

NR.	LEISTUNGSBESCHREIBUNG	LEISTUNGORT (DIE BETROFFENEN BEREICHE BITTE ANKREUZEN)																BETRAG	LEISTUNGSDATUM FÜR JEDE LEISTUNG ANGEBEN
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
70IM01	POSITIONIERUNG EINES IMPLANTATKÖRPERS	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		
70PA03N	ZAHNSCHIENUNG (SPLINTING)	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		
70PA05N	MUKOGINGIVALE CHIRURGIE UND/ODER CHIRURGISCHER EINGRIFF ZUR KNOCHENRESEK- TION UND/ODER KLINISCHE KRONENVERLÄNGERUNG	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		
70PA06N	VERWENDUNG BIOVERTRÄGLICHER MATERIALIEN	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		
70PF01	METALLFREIE KRONE AUS HARZ	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		
70PF02	MARYLANDBRÜCKE	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		
70PF03	KRONE/VENEER AUS KERAMIK, SUBSTRAT JEDER ART VON MATERIAL	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		
70PF04	PROVISORISCHES ELEMENT AUS HARZ ODER PROVISORIUM MIT METALLGERÜST	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		
70PF05	WURZELKANALSTIFT ODER IMPLANTAT-ABUTMENT	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		
70PF07	ENFERNEN PRÄEXISTENTER KRONEN ODER STIFTE	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		
70PF08	REPARATUR VON VENEERS	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		
70PI04	FISSURENVERSIEGELUNG	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		
70PR02	PRÄZISIONSBEFESTIGUNGEN JEDER ART	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		
70PR03	OVERDENTURE-STIFT	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		
70RA02	INTRAORALE RÖNTGENAUFNAH- ME, ANALOG ODER DIGITAL	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		

Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

NR.	LEISTUNGSBESCHREIBUNG	LEISTUNGSORT (DIE BETROFFENEN BEREICHE BITTE ANKREUZEN)		BETRAG	LEISTUNGSDATUM FÜR JEDE LEISTUNG ANGEBEN
70CH08	PRÄPROTHETISCHE CHIRURGIE	Rechter oberer Halbbogen	Linker oberer Halbbogen		
		Rechter unterer Halbbogen	Linker unterer Halbbogen		
70CH11	VERTIKALER UND/ODER HORIZONTALER AUFBAU DES ALVEOLARFORTSATZES DURCH AUGMENTATION MIT AUTOLOGEM UND/ODER HETEROLOGEM AUFBAUMATERIAL ODER EXTERNE SINUSBODENELEVATION (SINUSLIFT) MIT AUTOLOGEM UND/ODER HETEROLOGEM AUFBAUMATERIAL ODER ERÖFFNUNG DER KIEFERHÖHLE (Z. B. ZUM ENTFERNEN VON FREMDKÖRPERN)	Rechter oberer Halbbogen	Linker oberer Halbbogen		
		Rechter unterer Halbbogen	Linker unterer Halbbogen		
70PA02N	ZAHNFLEISCHOPERATION MIT SCALING UND ROOT-PLANING UNTER SICHT (LAPPENOPERATION)	Rechter oberer Halbbogen	Linker oberer Halbbogen		
		Rechter unterer Halbbogen	Linker unterer Halbbogen		
70PA04	GINGIVEXTOMIE / GINGIVOPLASTIK	Rechter oberer Halbbogen	Linker oberer Halbbogen		
		Rechter oberer Halbbogen	Linker unterer Halbbogen		
70PI03	NICHTCHIRURGISCHE KAUSALE PARODONTITISTHERAPIE INKLUSIVE SRP (SCALING UND ROOT-PLANING) UND/ ODER LASER- UND/ODER OZONTHERAPIE	Rechter oberer Halbbogen	Linker oberer Halbbogen		
		Rechter oberer Halbbogen	Linker unterer Halbbogen		

NR.	LEISTUNGSBESCHREIBUNG	LEISTUNGSORT (DIE BETROFFENEN BEREICHE BITTE ANKREUZEN)		BETRAG	LEISTUNGSDATUM FÜR JEDE LEISTUNG ANGEBEN
70PF09	TOTALREHABILITATION DURCH FESTSITZENDEN, AUF IMPLANTATEN VERSCHRAUBTEN ZAHNERSATZ (Z. B.: TORONTO- ODER COLUMBUS-BRIGE, ALL ON 4, ALL ON 6 USW.)	Oberer Zahnbogen			
		Unterer Zahnbogen			
70PR04	HERAUSNEHMBARE ENDGÜLTIGE TEILPROTHESE	Oberer Zahnbogen			
		Unterer Zahnbogen			
70PR05	HERAUSNEHMBARE PROVISORISCHE TEILPROTHESE	Oberer Zahnbogen			
		Unterer Zahnbogen			
70PR06	HERAUSNEHMBARE ENDGÜLTIGE VOLLPROTHESE	Oberer Zahnbogen			
		Unterer Zahnbogen			
70PR07	HERAUSNEHMBARE PROVISORISCHE VOLLPROTHESE	Oberer Zahnbogen			
		Unterer Zahnbogen			
70PR08	UNTERFÜTTERUNG HERAUSNEHMBARER PROTHESEN - DIREKT ODER INDIREKT	Oberer Zahnbogen			
		Unterer Zahnbogen			

Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

NR.	LEISTUNGSBESCHREIBUNG	BETRAG	LEISTUNGSDATUM FÜR JEDE LEISTUNG ANGEBEN
70CH01	DÄMMERSCHLAF (ANALGOSEDIERUNG)		
70CH06	BIOPSIE		
70CH09	SONSTIGE (ZUVOR NICHT AUFGEZÄHLTE) ORALCHIRURGISCHE EINGRIFFE		
70GN02	SELEKTIVES EINSCHLEIFEN		
70GN03	AUFBISSSCHIENEN JEDER ART		
70OR01	KIEFERORTHOPÄDISCHE UNTERSUCHUNG ODER BEHANDLUNG KIEFERORTHOPÄDISCHER NOTFÄLLE		
70OR02N	FESTE ODER UNSICHTBARE ZAHNSPANGE		
70OR06	INTERZEPTIVE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG, FUNKTIONELL ODER ORTHOPÄDISCH		
70OR08	PLATZHALTER		
70PA01	INZISION EINES ABSZESSES		
70PI01	ENTFERNEN VON ZAHNSTEIN		
70PI02	TOPISCHE FLUORIDPROPHYLAXE		
70PR09	REPARATUR EINER HERAUSNEHMBAREN PROTHESE		
70RA01	ORTHOPANTOMOGRAMM DER ZAHNBÖGEN, ANALOG ODER DIGITAL		
70RA03	FERNRÖNTGENSEITENBILD, ANALOG ODER DIGITAL		
70RA04	DENTAL-CT		
70VI01	ZAHNÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNG ODER BEHANDLUNG ZAHNÄRZTLICHER NOTFÄLLE		

Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes