

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.<br>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