

Name der Kasse	Wohnort
Name, Vorname des Versicherten	PLZ geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
	Status

## Formblatt ZE Gutachten

Name des Behandlers

Name des Gutachters, Datum

		Behandler(in) vorhanden		Gutachter(in) vorhanden		Gutachter(in) auswertbar	
<b>1.</b>	<b>Röntgen</b>	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1.1	aktuelle Zahnfilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	aktuelles OPG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>Behandler(in)</b>		<b>Gutachter(in)</b>			
<b>2.</b>	<b>Untersuchung</b>	ja	nein	ja	nein		
2.1	Mundhygiene ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.2	Zahnstein entfernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<b>Behandler(in)</b>		<b>Gutachter(in)</b>			
<b>3.</b>	<b>Vorbehandlung abgeschlossen</b>	ja	nein	ja	nein		
3.1	konservierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.2	chirurgisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.3	endodontisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.4	parodontologisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.5	Schientherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.6	Bißlageveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4.</b>	<b>Gesamtplanung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<b>Behandler(in)</b>		<b>Gutachter(in) vorhanden</b>		<b>Gutachter(in) auswertbar</b>	
<b>5.</b>	<b>Mängelgutachten</b>	ja	nein	ja	nein	ja	nein
5.1	präprothetische Zahnfilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	präprothetisches OPG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	auswertbare Modelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.4	abgerechneter Heil- u. Kostenplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.5	Totale Prothesen OK und UK			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>6.</b>	<b>TM Formular eingereicht</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vom Gutachter auszufüllen	Planungsgutachten: Plan befürwortet Mängelgutachten: frei von Fehlern und Mängeln			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	
Zusätzliche Bemerkungen der Behandlerin/des Behandlers		Zusätzliche Bemerkungen der Gutachterin/des Gutachters					