

|                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| Name der Kasse                 | Wohnort          |
| Name, Vorname des Versicherten | PLZ<br>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 |                          |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.   | Röntgen                           | 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"/> |
|  |                                   | Behandler(in)  |                          | Gutachter(in)            |                          |                          |                          |
| 2.   | Untersuchung                      | 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"/> |                          |                          |
|  |                                   | Behandler(in)  |                          | Gutachter(in)            |                          |                          |                          |
| 3.   | Vorbehandlung abgeschlossen       | 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"/> |                          |                          |
| 3.5.1  | Bißlageveränderung geplant        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 4.   | Gesamtplanung                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|  |                                   | Behandler(in)  |                          | Gutachter(in) vorhanden  |                          | Gutachter(in) auswertbar |                          |
| 5.   | Mängelgutachten                   | 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"/> |                          |                          |
| 6.   | TM Formular eingereicht           |  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|  |                                   |  |                          | ja                       | nein                     | teilweise                |                          |
| Vom Gutachter auszufüllen                              |                                   | Planungsgutachten: Plan befürwortet<br>Mängelgutachten: frei von Fehlern und Mängeln |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|  |                                   |  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Zusätzliche Bemerkungen der Behandlerin/des Behandlers |                                   | Zusätzliche Bemerkungen der Gutachterin/des Gutachters                               |                          |                          |                          |                          |                          |
|  |                                   |  |                          |                          |                          |                          |                          |