

Überweisungsformular zur Implantologie an die Gemeinschaftspraxis

Dr. Dr. Felix Fröhlich & Dr. med. Uwe Sander

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische & Ästhetische Operationen,
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie



Überweisende Praxis:

Patientenname:										Geburtsdatum:									
	Gewünschte Implantat- position	OK Befund rechts	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	OK Befund links
		UK Befund																	
		UK Befund																	
Gewünschtes Implantatsystem: ☐ Astra ☐ Camlog ☐ Zeramex ☐ Dentsply ☐ Straumann ☐ ZimmerBiomet ☐ Logon ☐ andere:																			
Geplante prothetische Implantatversorgung:																			
beiliegend: ☐ Röntgenbilder ☐ CT ☐ DVT ☐ Modelle ☐ UK ☐ OK																			
Zahntfernung regio Folgende Zähne sollen chirurgisch entfernt werden:										ist erfolgt am: Komplikationen:									
Vorbehandlung abgeschlossen (Parodontologie etc.) ☐ Ja ☐ Nein																			

Vereinbarung einer Privatbehandlung mit gesetzlich versicherten Patienten gemäß §8 Abs. 7 BMV-Z

Name des Versicherten/Patienten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Die Beratung und Behandlung im Rahmen von Operationen für implantatgetragenen Zahnersatz mit den dazugehörigen Untersuchungen, Röntgenbildern und Kostenvoranschlägen ist keine Leistung der vertragszahnärztlichen Versorgung und wird von der gesetzlichen Krankenkasse nicht bezahlt. Für derartige Privatleistungen können Kosten aus der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) entsprechend der folgenden Tabelle entstehen.

Leistungsbeschreibung	GOÄ/GOZ-Ziffer	
Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung	GOÄ3	30,60
Vollständige Untersuchung... Mund-Kiefer...	GOÄ6	20,71
Panoramaschichtaufnahme	GOÄ5004	58,29
Aufstellen eines. schriftlichen Heil- und Kostenplanes	GOZ0030	39,37+Porto
Gesamtbetrag etwa		70€ - 150€

Ich wünsche ausdrücklich die private Beratung, Untersuchung und ggf. Kostenplanung und komme für die entstehenden Kosten auf.

Berlin, _____
Datum

Unterschrift des Patienten

Behandler