

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

Formblatt ZE / PA Gutachten

Stempel 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"/>		
3.6	Bißlageveränderung	<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 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					