

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Behandlungsplan für

- ☐ Kiefergelenkserkrankung
- ☐ Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung
Krankenhaus:

Kostenübernahme der Krankenkasse

Die Kosten für die Behandlung

übernommen

MUSTER

Anschriftenfeld der **Krankenkasse**

--

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

--

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

--