

Beihilfenummer	Name, Vorname der Beihilfeberechtigten/des Beihilfeberechtigten	Ergänzung zum Heil- und Kostenplan vom
Anschrift		
Name, Vorname der Patientin/ des Patienten		Geburtsdatum

**Norddeutsche Kirchliche
Versorgungskasse (NKVK)
Postfach 4563
30045 Hannover**



Zahnärztliche Bescheinigung

Für o.g. Patientin/Patienten ist eine Versorgung von ____ Implantaten in Regio _____ geplant bzw. durchgeführt worden.

- Es sind keine weiteren Implantate vorhanden. Weitere Implantate sind vorhanden in Regio _____.

Es liegt folgende Indikation vor:

- ein größerer Kiefer- oder Gesichtsdefekt, der seine Ursache hat in
 - einer Tumoroperation, einer Entzündung des Kiefers,
 - einer Operation infolge einer großen Zyste (zum Beispiel große follikuläre Zyste oder Keratozyste),
 - einer Operation infolge von Osteopathie, wenn keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - einer angeborenen Fehlbildung des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte, ektodermale Dysplasie) oder
 - einem Unfall,
- ein atrophischer zahnloser Oberkiefer
- dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (Mundtrockheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung
- generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen
- nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- oder Gesichtsbereich (z.B. Spastik)

Im folgenden Zahnschema sind neben dem Befund und Behandlungsplan auch die Stellen zu kennzeichnen, an denen Implantate eingesetzt werden sollen. Bereits vorhandene Implantate sind ebenfalls im Zahnschema kenntlich zu machen (bitte vollständig ausfüllen).

Plan/Behandlung																	
Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Oberkiefer
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Unterkiefer
Befund																	
Plan/Behandlung																	

Datum	Praxisstempel und Unterschrift
-------	--------------------------------