

ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG

ZAHNMEDIZINISCHE LEISTUNGEN
NACHWEIS FÜR AUSGEFÜHRTE BEHANDLUNG(EN)

Name des Leistungserbringers	
LIKIV-Nr.	
ZDU-Nr.	
Straße, Nr., Bk.	
PLZ, Ortschaft	

Name des Patienten	
Geburtsdatum	

Kleben Sie hierhin eine Vignette Ihrer Krankenkasse

Der Unterzeichnete erklärt, dass folgende Behandlungen und Leistungen durchgeführt wurden

Erstattbare Leistungen durch das LIKIV + damit verbundene Höchstarife					
Datum	(Pseudo) Nomenklaturnummer	Zahnnummer oder Prothesennummer	Tarif der Konvention	beim Patienten geforderter Betrag	vom Patienten bezahlter Betrag
ZWISCHENSUMME 1					

Nicht erstattbare Leistungen durch das LIKIV (Die verschiedenen Behandlungen müssen nachstehend im Detail aufgelistet werden)				
Datum	Nomenklaturnummer oder Bezeichnung	Zahnnummer oder Prothesennummer	beim Patienten geforderter Betrag	vom Patienten bezahlter Betrag
1. Vorsorgende Zahnpflege				
2. Heilende Zahnpflege				
3. Parodontologie				
	Erste Pardontaluntersuchung			
	Nichtchirurgische Behandlung von Zähnen und Implantate			
	Mundhygiene - Kontrolle			
	Neubewertung des parodontalen Status			
	Parodontale Chirurgie			
	Parodontale Überwachung			
	Mundhygiene - Beratung und Prävention			
	DPSI			

4. Röntgen				

5. Zahnprothesen und -implantate				
---	--	--	--	--

Herausnehmbare Prothesen				
	Kunstharzprothese			
	Skelett-Prothese			
	Überkappungsprothese			
	Verankerung/Aufbau/Befestigungen			
	Reparatur			
	Ersetzen der Basis			
	Umsiedlung			

Feste Prothesen				
	Krone/Stiftkrone			
	Krone auf Implantat			
	Brücke			
	Inlay/Onlay			
	Aufbau			
	Facette			
	Provisorische Krone			
	Implantate			

6. Kieferorthopädie				
----------------------------	--	--	--	--

Datum der Anbringung der ersten Apparatur innerhalb des Behandlungsplans:/...../ 20.....				
	Beratung			
	Untersuchung und Diagnose			
	Behandlungsplan			
	Basisapparatur			
	Zusätzliche Apparatur			
	Retainer-Apparatur			
	Monatliche Kontrolle			
	Kontrolle des Retainers			
	Andere			

7. Andere				
ZWISCHENSUMME 2				

	beim Patienten geforderter Betrag	vom Patienten bezahlter Betrag
Gesamtbetrag der erstattbaren Leistungen durch das LIKIV (Zwischensumme 1)		
Gesamtbetrag der nicht erstattbaren Leistungen durch das LIKIV (Zwischensumme 2)		
Geforderter Gesamtbetrag für alle Leistungen		
Bereits bezahlte Anzahlung		
Bezahlter Gesamtbetrag für alle Leistungen*		

* Der bezahlte Betrag zum Zeitpunkt der Vorlage dieses Antrages

Datum:

Unterschrift des Leistungserbringers (falls zutreffend)