

BEHANDLUNGSPLAN KREBS

Vom Leistungserbringer auszufüllen und einzureichen bei Ihrer Krankenkasse, z.Hd. des Medizinischen Dienstes von MLOZ Insurance, spätestens ein Jahr nach Abschluss der onkologischen Behandlung.

Achtung: Der Antrag auf Gewährung der Garantie Krebs muss vor/gleichzeitig mit diesem Behandlungsplan genehmigt werden.

Auszufüllen vom Leistungserbringer

Ich, Unterzeichnete(r),

Name des Leistungserbringers:

LIKIV-Nr.:

Tel.:

E-Mail:

bestätige, dass ich diesen Patienten untersucht habe:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Nr. des Nationalregisters

oder
kleben Sie hierhin eine Vignette

Der Patient weist eine zahnmedizinische und/oder parodontale Erkrankung auf, die in direktem Zusammenhang mit seiner Krebserkrankung und/oder der Krebsbehandlung steht. Die Behandlung dieser Erkrankung ist daher notwendig.

☐ auf zahnärztlicher Ebene *:

☐ auf parodontaler Ebene *:

☐ andere *:

(* bitte geben Sie die Art der Erkrankung an)

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Die folgende Behandlung wird derzeit durchgeführt oder ist geplant:**

Art der Behandlung	Beschreibung der Behandlung	Nr. oder Anzahl der Zähne	Geschätztes Honorar
Vorbeugende Behandlung			
Radiologie			
Parodontologische Behandlung			
Heilende Behandlung - Extraktion - Zahnärztliche Behandlung			
Prothetische Behandlung - Herausnehmbar - Festsitzend			
Andere: - -			

(** bitte geben Sie die Art der Behandlung an)

Ich füge die entsprechenden Röntgen- und Fotoaufnahmen bei.

Geschätzte Dauer der Behandlung: von bis

Datum : Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers: