

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	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:

Voraussichtliche Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Kostenübernahme der Krankenkasse** (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung  werden übernommen  werden nicht übernommen

Anschreibenfeld der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes