Name und Anschrift der Krankenkasse		Name, Vorname des Versicherten	geb. am
		Versicherten-Nr.	
Abrechnungsnummer Zahnarzt		Behandlungsplan vom:	
		Genehmigungsdatum:	
_	e r den Abbruch der Beha che PAR-Behandlung kar	andlung nn nicht fortgeführt werden:	
·	· ·	C .	
□ Vereinba	Vereinbarte Behandlungstermine wurden wiederholt nicht eingehalten.		
☐ Eine läng	Eine längere Unterbrechung der Behandlung liegt vor.		
	Eine Erkrankung liegt vor, bei der die Behandlungstrecke zum aktuellen Zeitpunkt nicht umsetzbar ist.		
□ Der Vers	Der Versicherte ist nicht mehr erreichbar.		
□ Ein Beha	Ein Behandlerwechsel ist erfolgt.		
□ Der Vers	Der Versicherte ist verstorben.		
Sonstiges	3:		
Datum		Unterschrift/Stempel Zahnarzt	