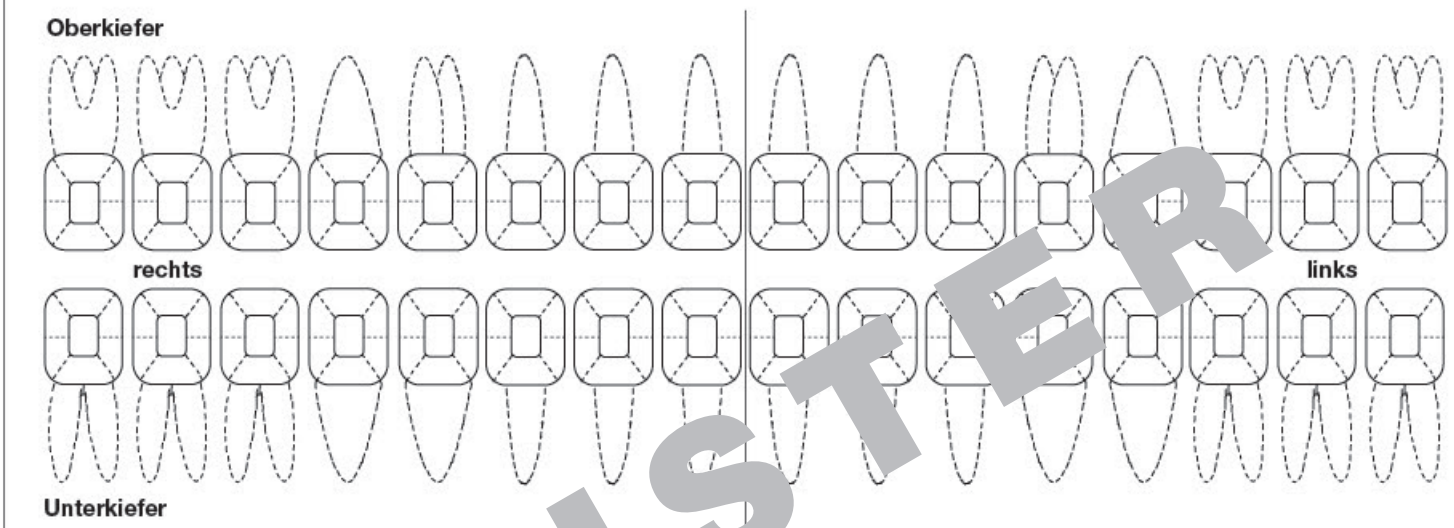
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

PARODONTALSTATUS Blatt 2

vom _____

AIT																	AIT
FB																	FB



FB																	FB
AIT																	AIT

MUSTER

Bemerkungen: _____

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	
AIT b	
BEV a	1

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Gutachten

☐ Gutachtlich befürwortet

☐ Gutachtlich nicht befürwortet
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Vordr. 5b (Z502 07.2021) SCHÜTZDRUCK Tel. (05 11) 82 73 44 · www.schuetzdruck.de