

# Versorgung mit Implantaten

nach § 14 Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO)

Beihilfe-Nr.: .....

Name/Vorname: .....	Geb.-Datum: .....
------------------------	----------------------

Adresse: .....		Telefon: .....
.....		E-Mail: .....

Die Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind **ausschließlich** bei Vorliegen einer der in § 14 Abs. 1 Nrn. 1 – 7 der Beihilfenverordnung des Landes Rheinland-Pfalz (BVO) genannten Indikationen als beihilfefähig anzuerkennen.

Zur Überprüfung, ob im vorliegenden Fall diese Voraussetzungen erfüllt sind, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen **vollständig ausgefüllt** wieder zurückzusenden.

## I. vom Zahnarzt auszufüllen

Name, Vorname der <b>behandelten</b> Person	Geb.-Datum
---	------------

### 1. Aktueller Zahnstatus

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

B = Brückenglied

K = Krone

M = Metallkeramikverblendung

I = Inlays

T = Teleskopkrone

V = Kunststoffverblendung

**2. Welche Zahnstellen werden mit Implantaten versorgt ?**

---

**3. Welche Indikation liegt vor ?**

- generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen (weniger als acht Zähne je Kiefer)
  - Anzahl der fehlenden Zähne im Oberkiefer: \_\_\_\_\_
  - Anzahl der fehlenden Zähne im Unterkiefer: \_\_\_\_\_
- große Kieferdefekte infolge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
- angeborene Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
- dauerhaft bestehende extreme, irreversible, mit medikamenteninduzierte Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung
- nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken), wenn nach neurologischem Attest eine absolute Kontraindikation für (auch implantatgestützten) herausnehmbaren Zahnersatz besteht
- implantatgetragener Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer
- implantatgestützter Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Unterkiefer

**4. Kann die Kaufähigkeit auch auf andere Weise hergestellt werden?**

- Nein  Ja

**5. Es waren bereits vor Beginn der Behandlung Implantate vorhanden:**

- Nein  Ja, Zahnstelle/n: \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

---

**II. von der beihilfeberechtigten Person auszufüllen**

**Wurde zu den bereits vorhandenen Implantaten eine Beihilfe gewährt?**

(Nur auszufüllen wenn bereits Implantate vorhanden sind)

- Nein  Ja, Zahnstelle/n: \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift der beihilfeberechtigten Person