

Zahnmedizinische Bescheinigung

für den Patienten Frau/Herrn _____

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien) vom 4. Juni 2003 und 24. September 2003 in der ab 1. Januar 2004 gültigen Fassung, Abschnitt III. »Konservierende Behandlung«

Nach einer umfassenden Befunderhebung gemäß den anerkannten Regeln der Zahnheilkunde wird/ werden folgende Einstufung(en) vorgenommen:

Es handelt sich bei dem Zahn _____

- ☐ um einen Zahn, dessen Wurzel(n) nicht bis zur bzw. nahe an die Wurzelspitze aufbereitbar und zu füllen ist (sind) und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.
- ☐ um einen Zahn, der aus parodontalen Gründen kritisch zu sehen ist und der deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist.
- ☐ um einen wurzelgefüllten Zahn mit im Röntgenbild erkennbarer nicht randständiger oder undichter Wurzelfüllung, deren Revision nicht angezeigt ist und welcher deshalb im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist:
 - ☐ weil mit Erhalt des Zahnes dennoch keine geschlossene Zahnreihe erhalten wird.
 - ☐ weil mit Erhalt des Zahnes keine einseitige Freiendsituation vermieden wird.
 - ☐ weil mit Erhalt des Zahnes kein funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten bleibt.

(die folgenden verschärften Kriterien sind nur gültig für Molaren/große Backenzähne)

- ☐ um einen Molaren mit akuter Erkrankung bzw. traumatischer Schädigung der Pulpa oder nekrotischem Zahnmark, der richtliniengemäß im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zu erhalten ist:
 - ☐ weil mit Erhalt des Molaren dennoch keine geschlossene Zahnreihe erhalten wird.
 - ☐ weil mit Erhalt des Molaren keine einseitige Freiendsituation vermieden wird.
 - ☐ weil mit Erhalt des Molaren kein funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten bleibt.

Das Zutreffende der oben angekreuzten Diagnose(n) und der/den daraus resultierenden Feststellung(en) wird hiermit ausdrücklich bescheinigt:

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Zahnarztes _____