

Bedienstete(r)/Versorgungsempfänger(in) Name, Vorname
Personalnummer/Aktenzeichen
Name, Vorname der Patientin/des Patienten
Geburtsdatum

Praxisstempel
Zum Heil- und Kostenplan/zur Rechnung vom

**Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle Aurich  
Postfach 1570**

**26585 Aurich**

**Zahnärztliche Bescheinigung**

Für o.g. Patienten ist eine Versorgung von \_\_\_\_\_ Implantaten in regio \_\_\_\_\_ geplant bzw. durchgeführt worden.

- Es sind keine weiteren Implantate vorhanden.       Weitere Implantate sind vorhanden in regio \_\_\_\_\_.

Es sind mehr als 4 Implantate je Kiefer vorhanden bzw. geplant. Folgende Indikation liegt vor:

- ein atrophischer zahnloser Oberkiefer
- ein größerer Kiefer- oder Gesichtsdefekt, der seine Ursache hat in einer Tumoroperation, Entzündung des Kiefers, einer Operation infolge einer großen Zyste oder Osteopathie, angeborene Fehlbildung des Kiefers, einem Unfall (zutreffendes bitte unterstreichen).
- dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (Mundtrockenheit), insb. im Rahmen einer Tumorbehandlung
- generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen
- nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- oder Gesichtsbereich (z.B. Spastik)
- es liegt keine der vorgenannten Indikationen vor

Im folgenden Zahnschema sind neben dem Befund und Behandlungsplan auch die Stellen zu kennzeichnen, an denen Implantate eingesetzt werden sollen (bitte vollständig ausfüllen).

Plan/Behandlung																	Ober- kiefer
Befund																	
	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	Unter- kiefer
Befund																	
Plan/Behandlung																	

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anmerkung der Beihilfestelle: Bezüglich der Angaben zu den Indikationen behält sich die Beihilfestelle die Einholung eines amts Zahnärztlichen Gutachtens vor.**