

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

Praxisstempel
Zur Rechnung / Zum Heil- und Kostenplan vom

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

26585 Aurich

Bescheinigung zum klinischen Funktionsstatus

Für o.g. Patienten wurde der klinische Funktionsstatus erhoben.

Es wurden die GOZ-Nummern:

- 8000 8010 8020 8030 8035
 8050 8060 8065 8080 8090 8100

berechnet und die entsprechenden Leistungen durchgeführt.

Es liegt eine der folgenden Indikationen vor:

- Kiefergelenk- oder Muskelerkrankung
 Zahnfleischerkrankung, die eine systematische Parodontalbehandlung erfordert

Es soll eine der folgenden Maßnahmen durchgeführt werden:

- Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierenden Oberflächen nach den Nr. 7010 und 7020 GOZ
 umfangreiche kieferorthopädische Maßnahme einschl. kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operation
 umfangreiche Gebissanierung*, da die richtige Schlussbissstellung nicht auf andere Weise feststellbar ist.

*Eine umfangreiche Gebissanierung liegt vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen Zähnen gleichgestellt sind.

Umfangreiche Gebissanierung = Planung:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Datum

Unterschrift

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