



Herrn
Drasko Madzarevic
Pestalozzistr. 10
64560 Riedstadt

Ihnen schreibt:
Karina Nold

10. Juli 2023

Heil- und Kostenplan für die geplante Behandlung bei Ihnen selbst
Kostenplannummer: 326

Guten Tag, sehr geehrter Herr Madzarevic,

Sie erhalten heute Ihren Heil- und Kostenplan .

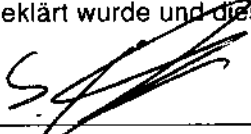
Der Kassenanteil wird direkt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Über Ihren Eigenanteil erhalten Sie eine Rechnung.

Und so setzt sich Ihr Kostenplan zusammen:

Honorar GOZ (geschätzt)	EUR	1476,23
Material und Laborkosten (geschätzt)	EUR	931,30
voraussichtlicher Festzuschuss (60 %)	EUR	73,50
Voraussichtlicher Eigenanteil	EUR	2334,03

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Kosten aufgeklärt wurde und diese übernehme.

Ort, Datum Drasko Madzarevic


Griesheim, 10.07.2023 Dr. Sebastian Debatin

Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung von Behandlung und Kosten / Behandlung in Form der Regelversorgung

I. Versicherter

Name, Vorname	Madzarevic, Drasko
Versichertennummer	V594231066
Geburtsdatum	30.06.1966
Name der Krankenkasse	BKK firmus
Antragsnummer	

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)*

TP																	
R																	
B	f	f	sk	sb	sk	sb	sk	sb	sb	sk	sb	sk	sb	sk	f	f	
	16	17	16	15	14	15	16	17	21	22	23	24	25	26	27	28	
	45	47	48	49	44	43	42	41	37	32	33	34	35	36	37	38	
B	f	f	sk	sb	sk	sb	sk	sb	sb	sk	sb	sk	sb	sk	f	f	
R																	
TP																	

III. Voraussichtliche Kosten

Für eine Behandlung in Form der Regelversorgung

Zahnärztliches Honorar BEMA:	0,00 (EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt):	931,30 (EUR)
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	2407,53 (EUR)
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages: (60 % Festzuschuss)	73,50 (EUR)
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil:	2334,03 (EUR)

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes D-Bickenbach aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.