

ZAH N M E DIZI N

Drasko Madzarevic
Pestalozzistr. 10
64560 Riedstadt

Ihnen schreibt:
Karina Nold

12.09.2024

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

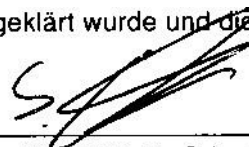
Guten Tag, sehr geehrter Herr Madzarevic,

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:

sten aufgeklärt wurde und diese übernehme.



Griesheim, 10.07.2023 Dr. Sebastian Debatin

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 u

Ort, Datum Drasko Madzarevic

Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung von Behandlung und Kosten I 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)*

IP																	
R																	
B	f	f	sk	sb	sk	sb	sk	sb	sb	sk	sb	sk	sb	sk	f	f	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
	43	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
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

931,30

Laborkosten (geschätzt):(EUR) Behandlungskosten insgesamt

2407,53

(geschätzt):(EIJR) Abzüglich des voraussichtlichen

Festzuschussbetrages:

(60 % Festzuschuss)(EI-JR) Ihr voraussichtlicher

73,50

Eigenanteil:(EUR)

2334,03

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.