

Persönlich.

Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein.

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

1

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

2

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

3

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

4

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

5

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

6

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

7

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

8

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

9

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

10

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

11

Zahnarztstempel und Unterschrift

 Datum Individualprophylaxe Zahnärztliche Untersuchung

12

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

13

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

16

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

19

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

14

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

17

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

20

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

15

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

18

Zahnarztstempel und Unterschrift

Datum Individualprophylaxe
 Zahnärztliche Untersuchung

21

Zahnarztstempel und Unterschrift

Sachlich.

Ihr Nachweisheft für den Bonus beim Zahnersatz gemäß § 55 SGB V.

Der Festzuschuss (festgesetzter bundeseinheitlicher Betrag für die jeweilige Regelversorgung) erhöht sich um 20 %, wenn während der letzten fünf Kalenderjahre vor Beginn der Zahnersatzbehandlung

- individualprophylaktische Untersuchungen – bei 12- bis 17-jährigen Versicherten kalenderhalbjährlich – in Anspruch genommen wurden oder
- bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal im Kalenderjahr eine zahnärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Der Festzuschuss erhöht sich um weitere 10 %, wenn die Versicherten in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen jährlich in Anspruch genommen haben. Außerdem muss der Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lassen.

Mein Zahnbonusheft.

Ihr persönlicher Nachweis über durchgeführte Zahngesundheitsuntersuchungen.

mhplus
Krankenkasse.