Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Abrechnungsstempel der Zahnärztin/des Zahnarztes

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

BEGLEITBLATT QUALITÄTSSICHERUNG ZE-GUTACHTEN

		Zahnärztin/Zahnarzt			Gutachter(in)		
1.	Röntgen	ja	nein	entfällt	ja	nein	entfällt
1.1	Vollständig auswertbare Aufnahmen	☐	☐		☐	☐	
2.	Vorbehandlung abgeschlossen						
2.1	Mundhygiene ausreichend für geplante Versorgung	☐	☐		☐	☐	
2.2	konservierend	☐	☐		☐	☐	
2.3	chirurgisch (nicht erhaltungswürdige Zähne entfernt, WSR erfolgt etc.)	☐	☐*	☐	☐	☐	☐
2.4	endodontisch (WF richtliniengemäß)	☐	☐*	☐	☐	☐	☐
2.5	PA-Behandlung ist/war notwendig	☐	☐		☐	☐	
2.6	PA-Behandlung erfolgreich abgeschlossen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.7	Bisslageveränderung ist/war erforderlich	☐*			☐	☐	
3.	Gesamtplanung						

*** zusätzliche Erläuterungen** (bei „Nein-Antworten“)

zu Nr.	Zahnärztin/Zahnarzt	zu Nr.	Gutachter(in)

Name in **Druckbuchstaben** der behandelnden Zahnärztin/des behandelnden Zahnarztes

Datum/Unterschrift der behandelnden Zahnärztin/ des behandelnden Zahnarztes

Datum/Unterschrift/Stempel der Gutachterin/ des Gutachters