

INSTRUKCJA DLA LEKARZA STOMATOLOGA

Pacjenci ubezpieczeni w niemieckich kasach chorych

Dotyczy przygotowania danych do niemieckiego wniosku o refundację HKP (Heil- und Kostenplan)

Szanowny Panie Doktorze / Pani Doktor,

Państwa pacjent ubiega się o dofinansowanie leczenia z niemieckiej kasy chorych. Abyśmy mogli przygotować oficjalny wniosek HKP akceptowany przez niemieckiego płatnika, prosimy o wypełnienie załączonego formularza zawierającego stan uzębienia i planowane leczenie protetyczne w poniższym zakresie:

1. Status uzębienia

Prosimy o określenie obecnego stanu uzębienia pacjenta, zarówno dla szczęki jak i żuchwy, (z podziałem na numery zębów), w szczególności:

- Zęby brakujące lub do usunięcia,
- Zęby uszkodzone (wymagające koron),
- Obecne korony, mosty lub protezy (ich stan – czy wymagają wymiany?)
- Obecne implanty

2. Planowane leczenie

Prosimy o określenie planowanego uzupełnienia protetycznego (wraz z numerami zębów) i przewidzianych kosztów leczenia, np.:

- Korony
- Mosty (filary i przęsła)
- Korony częściowe / licówki
- Protezy (szkieletowe lub całkowite).
- Implanty i protetyka na ich bazie

Kasa chorych wymaga kompletnego planu leczenia protetycznego, zarówno dla szczęki jak i żuchwy, jeśli tam występują luki w uzębieniu w rejonach od szóstki lewej do prawej.

3. Co NIE jest wymagane od lekarza:

- **Nie muszą Państwo wypełniać niemieckiego druku HKP.**
- **Nie muszą Państwo znać niemieckich kodów BEMA/GOZ ani symboli.**

My zajmiemy się przekształceniem Państwa planu leczenia na właściwy formularz HKP wypełniony językiem symboli i kodów akceptowanych przez niemieckie kasy chorych oraz pomożemy pacjentowi w formalnościach związanych z refundacją.

Nie prowadzimy aktywnej działalności lekarskiej, nie komentujemy i nie oceniamy planowanego leczenia. Nasza rola ogranicza się wyłącznie do pomocy w przygotowaniu, na bazie uzyskanych informacji, odpowiednich wniosków do niemieckiej kasy chorych Państwa pacjenta.

PACJENT:

Imię Nazwisko Data urodzenia

Ulica Kasa chorych

Kod i miejscowość Nr. Ubezpiecz. litera i 9 cyfr

E-Mail

Planowana terapia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

szczeka

Stan uzębienia

Prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Lewa

Stan uzębienia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

żuchwa

Planowana terapia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LEGENDA

Stan uzębienia:

- brak zęba
- x - ząb do usunięcia
- k - korona protetyczna
- b - przęsło w moście protetycznym
-)(- luka zamknięta
- i - implant

Terapia:

- P - korona częściowa / licówka
- K - korona protetyczna
- B - przęsło w moście protetycznym
- E - ząb w protezie ruchomej
- S - nadbudowa na implancie

Uwagi:

Przewidywany koszt zł

w tym koszt technika zł