

Reparatur Checkliste

Pat. _____ Datum _____

GKV Privat Härtefall

Reparatur-Beschreibung:

<input type="checkbox"/> ohne Abdruck	<input type="checkbox"/> mit Abdruck
Erweiterung:	
<input type="checkbox"/> Kst.-Bereich	<input type="checkbox"/> Metall-Bereich
<input type="checkbox"/> neue Klammer Regio	
Verblendung:	
<input type="checkbox"/> vestibular	<input type="checkbox"/> voll
<input type="checkbox"/> Kst.	<input type="checkbox"/> Keramik
Unterfütterung:	
<input type="checkbox"/> Teil ZE	<input type="checkbox"/> Totale ZE (Coverdenture)
<input type="checkbox"/> mit Rand	<input type="checkbox"/> ohne Rand
zu reparierender Zahnersatz ist:	
<input type="checkbox"/> Interimspothese	
<input type="checkbox"/> Teilprothese	
<input type="checkbox"/> implantatgetragene Prothese	
<input type="checkbox"/> Coverdenture / totale Prothese	