

**Nachweis über das Vorliegen der beihilferechtlichen
Voraussetzungen für eine Implantatversorgung**

Beihilfeberechtige/r: _____

Geb. Datum: _____

Patient/in: _____

Geb. Datum: _____

Bei der o.g. Patientin / dem o.g. Patienten liegt folgende Indikation für eine Implantatbehandlung vor (bitte ankreuzen):

1. größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in
- Tumoroperationen,
 - Entzündungen des Kiefers,
 - Operationen infolge großer Zysten (z.B. große folliculäre Zysten oder Keratozysten),
 - Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
 - Unfällen

haben,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken) oder
5. zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat).

Datum

Stempel und Unterschrift der Behandlerin/ des Behandlers