OÖ. Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge

Zahnbehandlungsschein

Vom Mitglied auszufüllen

Personal-Nr.: ☐☐☐☐☐☐☐

Akad. Grad, Name, Amtstitel des Mitgliedes:

Geb.-Datum: | Tel.-Nr.: | Anschrift (mit Postleitzahl):

Angehöriger: | Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: | Geb.-Datum:

Unfall? (Zutreffendes ankreuzen) ☐ ja ☐ nein

Änderungen der persönlichen Daten bzw. die Anspruchsberechtigung betreffend sind separat schriftlich bekanntzugeben!

Vom behandelnden Arzt auszufüllen (bitte in Blockbuchstaben)

Behandlungszeitraum: am | von | bis

Konservierend - Chirurgisch

Pos.Nr.	Zahl	Betrag	Nur für die Kasse
Summe 1			

Kronen - Brücken - Inlays (im rückseitigen Zahnschema eintragen)

Art der Leistung	Zahl	Betrag	Nur für die Kasse

Prothetik (im rückseitigen Zahnschema eintragen)

Kunststoffproth. oben			
Kunststoffproth. unten			
Metallgerüstproth. oben			
Metallgerüstproth. unten			
Provisorium ☐ OK ☐ UK			
Zähne ☐ OK ☐ UK			
Klammern ☐ OK ☐ UK			
Reparaturen			
Pos. Nr.			
Pos. Nr.			

Kieferorthopädie (genauen Behandlungszeitraum angeben)

abnehmbar			
Behandlungszeitraum: von		bis	
festsitzend			
Behandlungszeitraum: von		bis	
Sonstiges			
Summe 2			

Honorar für zahnärztliche Leistungen: Summe 1 + 2

_____ % Ausgleichsprozentsatz *)

Gesamthonorar des Zahnarztes (Dentisten) inkl. Ausgleichsprozentsatz *)

***) Der Ausgleichsprozentsatz ist nur von Vertragszahnärzten der OÖ. LKUF für Vertragsleistungen verrechenbar!**

Unterschrift des Mitgliedes	Bei Barzahlung:	Datum, Stampiglie und Unterschrift des Arztes
Die Unterschrift bestätigt die Angaben des Versicherten, die ärztliche Leistung und die Anspruchsberechtigung des Erkrankten.	Saldierungsvermerk (Unterschrift des Arztes)	

LKUF

Leonfeldner Straße 11

Postfach 200

4041 Linz

Tel. 0732/668221-0

Fax 0732/668221-89

Internet:
www.lkuf.at

E-Mail:
kundenservice@lkuf.at

Öffnungszeiten:
Mo – Do:
8.00 – 12.00 Uhr
u. 13.00 – 15.00 Uhr,
Fr 8.00 – 13.00 Uhr

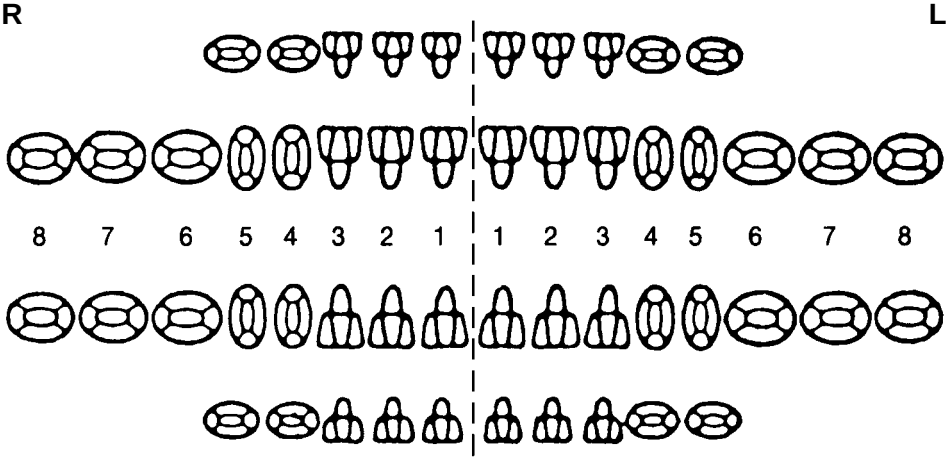
DVR: 0008184

Konservierend - Chirurgisch

Pos.Nr.	Bezeichnung	Pos.Nr.	Bezeichnung
1	Beratung	20	Zahnsteinentfernung
2 *) **)	Extraktion eines Zahnes	21	Einschleifen des natürlichen Gebisses
3	Anästhesie einschl. Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung	22	W. Einzement./Abn. techn. Arbeiten pro Pfeiler
4	Visite	23	Bestrahlung
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	24	Zahnröntgen
6 *)	Einflächenfüllung	25	Panoramaröntgen
7 *)	Zweiflächenfüllung	26	Stomatitisbehandlung
8 *)	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung	27 *) **)	Entfernung eines retinierten Zahnes
9 *)	Aufbau mit Höckerdeckung	28 **)	Zystenoperation
61 *)	Composite Ätztechn. Einflächenfüllung	29 **)	Wurzelspitzenresektion
71 *)	Composite Ätztechn. Zweiflächenfüllung	30 *) **)	Operative Zahnentfernung
81 *)	Composite Ätztechn. Dreiflächenfüllung	31 **)	Operation kleiner Geschwülste
10 *)	Eckenaufbau bzw. Schneidekantenaufbau	32 **)	Incision eines Abzesses
11	Stiftverankerung	33 **)	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung inkl. Anästhesie und Injektionsmittel
12 *)	WB-Amputation		
13 *)	WB-Exstirpation einkanalig	34 **)	Taschenabtragung (Quadrant:)
14 *)	WB-Exstirpation zweikanalig	35 **)	Blutstillung durch Naht / Quadrant
15 *)	WB-Exstirpation dreikanalig	37 **)	Verschl. der Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik
16 *)	WB-unvollendet	39 **)	Plast. OP: Lippen-, Wangen-, Zungenbändchen
17	Nachbehandlung	40	Kurz(Rausch)narkose
18	Blutstillung	41	Therapeutische Injektion
19	Behandlung empfindlicher Zahnhälse		

Zahnschema

R **L**



*) bitte im Zahnschema einzutragen!

*) Diese Positionen sind unbedingt im Zahnschema bzw. Anhang zum Zahnschema einzutragen!

**) inkl. Anästhesie und Injektionsmittel

***) Sollten mehrere Eintragungen im Zahnschema erforderlich sein und dadurch eine genaue Zuordnung zu den verrechneten Positionen nicht oder schwer erkennbar sein, bitten wir Sie die Art der Leistung mit der entsprechenden Region in der Erläuterung zum Zahnschema einzutragen.

Erläuterung zum Zahnschema ***)

Art der Leistung oder Pos.Nr.	Zahn (inkl. Fläche bei Füllungen, Inlays etc.)	Art der Leistung oder Pos.Nr.	Zahn (inkl. Fläche bei Füllungen, Inlays etc.)