

# Anlage zahnärztliche Versorgung zur Prüfung einer Ausnahmeindikation nach §§ 15, 16 BBhV

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt  
Beihilfeumlagekasse  
Carl-Miller-Str. 7  
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

**Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!**

Antragsformulare unter: [www.kvsa-magdeburg.de](http://www.kvsa-magdeburg.de)

## 1. Angaben zur behandelten Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

## 2. Angaben zur Indikation der zahnärztlichen Versorgung

Die Versorgung ist/war aufgrund folgender Indikation erforderlich:

- größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursachen haben in
  - Tumoroperationen
  - Entzündungen des Kiefers
  - Operationen infolge großer Zysten, z. B. großer follikulärer 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
- dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei Tumorbehandlungen
- generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen
- nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken)
- Es liegt keine der o. g. Indikationen vor.

## 3. Angaben zu Implantaten

Bitte kennzeichnen Sie **alle Stellen** im Zahnschema, an denen Implantate eingesetzt werden sollen bzw. vorhanden sind.

Plan/Behandlung																
Befund																
<b>Oberkiefer</b>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Plan/Behandlung																
Befund																
<b>Unterkiefer</b>	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt, Stempel der Praxis