

Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej oraz warunki ich realizacji

Tabela nr 1

Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod świadczenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-9-CM
1	2	3
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy	23.0101
2.	Badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy	23.0102
3.	Badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi	23.0105
4.	Badanie żywotności zębów z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych	23.02
5.	Zdjęcie zębów wewnętrzne	23.0301
6.	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe jako samodzielne znieczulenie	23.0401
7.	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej (obejmuje każdą wizytę)	23.1605
8.	Uzupełnienie braków zębów przy pomocy protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie 5-8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym	23.3102
9.	Uzupełnienie braków zębów przy pomocy protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym	23.3103
10.	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej	23.3104
11.	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej	23.3105
12.	Odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem	23.3112
13.	Całkowite podścielenie 1 protezy w sposób pośredni łącznie z ukształtowaniem obrzeża – dla szczęki	23.3116
14.	Całkowite podścielenie 1 protezy w sposób pośredni łącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża – dla żuchwy	23.3117
15.	Proteza dziecięca częściowa	23.2611*
16.	Proteza dziecięca całkowita	23.2612*

Objaśnienia:

* świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia

Tabela nr 2

Warunki realizacji świadczeń protetyki stomatologicznej

1.	Personel
1.1	Lekarz dentysta specjalista protetyki stomatologicznej
2.	Sprzęt i wyposażenie
2.1	Stanowisko stomatologiczne (fotel, przystawka turbinowa, mikrosilnik, lampa bezcieniowa) lub unit stomatologiczny – w miejscu udzielania świadczeń
	Warunek dodatkowy
2.2	Aparat RTG lub radiowizjograf – w lokalizacji