



Versicherungsnehmer:

Vorname, Name

Versicherung Nummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Zahnschema für _____

zu versichernde Person

Geburtsdatum

Eventuelle Kosten für das Zahnschema trägt der Versicherungsnehmer.

I. Befund des gesamten Gebisses am: _____

Behandlung																	
Alter in Jahren																	
Befund *)																	
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Befund *)																	
Alter in Jahren																	
Behandlung																	

*) Befund nach Patientenkartei; keine erneute Befunderhebung erforderlich, sofern nicht älter als 6 Monate

Befund:		Behandlung:	
f = fehlende Zähne	b = vorhandene Brückenglieder	E = durch herausnehmbaren	B = durch Brückenglieder zu
) (= Lückenschluss	w = erkrankte, aber erhaltungswürdige Zähne	Zahnersatz zu	ersetzende Zähne
e = bereits ersetzte Zähne	x = erkrankte, nicht erhaltungswürdige Zähne	ersetzende Zähne	I = Inlays
c = Karies	g = Zahnfüllung	K = geplante Kronen (auch Teilkronen)	Im = Implantat
k = vorhandene Kronen (auch Teilkronen)			H = geplante Halte- und/oder Stützvorrichtung

II. Wie beurteilen Sie den vorhandenen Zahnersatz bzw. die Zahnfüllungen im Hinblick auf

die Funktionstüchtigkeit? _____

den Pflegezustand? _____

die noch zu erwartende Lebensdauer? _____

III. Wie hoch sind die voraussichtlichen Kosten für die derzeit erforderlichen Behandlungsmaßnahmen?

für zahnärztliches Honorar: _____ €

für Labor und Material: _____ €

IV. Sonstige Bemerkungen zum Gebisszustand:

Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes