

Auskunft über den Zustand des Gebisses (Gilt nur in Verbindung mit Anträgen auf Heilkostenvollversicherungen!)

Ergänzung zu den Gesundheitsangaben

Name, Vorname _____

Eingangsstempel des BG (int. Vermerk) _____

Geburtsdatum _____

Antrag vom _____

Anschrift _____

Versicherungsnummer / Antragsnummer _____

1. Werden zur Zeit Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Brückenglieder, Kronen, Inlays, Onlays, Implantate) durchgeführt bzw. sind welche angeraten?

nein ja, bitte Angaben unter 1.1 bzw. 1.2

1.1 Derzeitige Maßnahmen/welche Restkosten (bitte Behandlungs-/Kostenplan gemäß GOZ beifügen, falls vorhanden)?

_____ Euro

1.2 Angeratene Maßnahmen/zu erwartende Kosten (bitte Behandlungs-/Kostenplan gemäß GOZ beifügen, falls vorhanden)?

_____ Euro

2. Werden zur Zeit kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt bzw. sind welche angeraten?

nein ja, bitte Angaben unter 2.1 bzw. 2.2

2.1 Derzeitige Maßnahmen/welche Restkosten (bitte Behandlungs-/Kostenplan gemäß GOZ beifügen, falls vorhanden)?

_____ Euro

2.2 Angeratene Maßnahmen/zu erwartende Kosten (bitte Behandlungs-/Kostenplan gemäß GOZ beifügen, falls vorhanden)?

_____ Euro

3. Besteht eine Parodontopathie?

nein ja

3.1 Wenn ja, welcher Parodontale-Screening-Index (PSI) liegt vor? Ab Code 4 bitte Kopie des Parodontalstatus beifügen, falls vorhanden.

S1	S2	S3	S4	S5	S6

3.2 Welche Behandlungsmaßnahmen sind vorgesehen (bitte Behandlungs-/Kostenplan gemäß GOZ beifügen, falls vorhanden)?

Datum PSI-Code-Ermittlung _____

4. Zustand des Gebisses bitte im Zahnschema angeben:

Oberkiefer rechts **Oberkiefer links**

Behandlung: _____

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: _____

Behandlung: _____

Unterkiefer rechts **Unterkiefer links**

Erläuterungen:

- Befund:**
 f = fehlender Zahn
)(= Lückenschluß
 e = ersetzter Zahn
 x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
 w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
 k = vorhandene Krone
 b = Brückenglied
 i = Implantat
 in = Inlay (Einlagefüllung)
 on = Onlay (Teilkrone)
 flg = Füllung
- Behandlung:**
 E = zu ersetzender Zahn
 I = Implantat
 H = Halte- und/oder Stützvorrichtung
 K = Krone
 T = Teleskopkrone
 M = Metallkeramikkrone
 B = Brückenglied
 S = Stützelement (Geschiebe, Riegel)
 IN = Inlay (Einlagefüllung)
 ON = Onlay (Teilkrone)

5. Ist vorhandener Zahnersatz erneuerungsbedürftig?

nein ja, bitte Angaben im Zahnschema

6. Bei Befund „x“/„w“ bitte beantworten: Welche Maßnahmen sind zu erwarten?

Bankangaben des Zahnarztes:

Kontoinhaber/-in _____

IBAN _____

Name und Ort des Geldinstitutes, Zweigstelle _____

BIC _____

Ort/Datum _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes _____