

**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

Datum PSI-Code-Ermittlung \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_