

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
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?

Ort/Datum _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes _____