Allianz

Auskunft über den Zustand des Gebisses

Ergänzung zu den Gesundheitsangaben zu Ihrem Antrag auf eine Heilkostenvollversicherung

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

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)? _____ EUR

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

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)? _____ EUR

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

3. Besteht eine Parodontopathie? ☐ nein ☐ ja

3.1 Wenn ja, welcher Parodontale-Screening-Index (PSI) liegt vor? Ab Code 4 bitte Kopie des Paradontalstatus 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?

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

F1-51-005Z0 (04V) PDF.11.22

PESVA00552