

Tarif GesundheitCOMFORT 900S / 1200S

Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 330807 (V163), 08.2022

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) ärztliche Behandlungen,
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
- c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
- d) Hebammen und Entbindungspfleger,
- e) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- f) ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- g) künstliche Befruchtung.

Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat.

Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht kein Erstattungsanspruch.

Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor,
- nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen,
- es wurde noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt,
- die Frau hat das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet,
- es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %) und
- die Behandlung erfolgt nach deutschem Recht.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens

- 3 Inseminationen und
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI).

Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht in diesem Tarif versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegenüber einem anderen Leistungsträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle), sind nur die Kosten erstattungsfähig, die vom Anspruch gegenüber dem anderen Leistungsträger nicht umfasst werden.

- h) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,
- i) refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) inklusive Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 1.000 Euro je Auge. Während der gesamten Vertragslaufzeit besteht für jedes Auge ein einmaliger Anspruch.
- j) Verbandmittel,

k) sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

l) ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen,

m) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.2 Erstattungsfähig sind die Kosten für Arzneimittel sowie Sonden- nahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe:

- zu **100 %** für Generika und für Originalpräparate, für die es keine Generika gibt,
- zu **80 %**, wenn die versicherte Person Originalpräparate in Anspruch nimmt, obwohl für diese Generika vorhanden sind.

Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen zugelassenen Medikaments.

(Vom Heilpraktiker verordnete Arzneimittel werden nach Ziffer I.1.3 d) erstattet.)

1.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

a) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ / GOP 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871) bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr.

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen.

Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

b) Fahrten zur Dialysebehandlung, Chemotherapie oder Strahlentherapie; erstattet werden nachgewiesene Fahrtkosten in angemessener Höhe, jedoch maximal bis zu einem Rechnungsbetrag von 30 Euro für Hin- und Rückfahrt insgesamt;

c) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und medizinische Fußpfleger (gemäß PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage), bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 Euro im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**. Dazu gehören auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen.

d) Behandlungen durch einen Heilpraktiker inklusive der vom Heilpraktiker verordneten Arzneimittel.

e) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB/VT. Sofern hinsichtlich der DiGA ein Versorgungsvertrag zwischen dem Versicherer und dem DiGA-Anbieter besteht, erhöht sich bei Inanspruchnahme eines derartigen DiGA-Anbieters der Erstattungssatz auf 100 %.

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen daher, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen. Eine Liste der bestehenden Versorgungsverträge teilen wir gerne mit.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 450 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte

- ein Hörgerät und ein Tinnitusgerät je Ohr innerhalb von fünf Kalenderjahren. Hierbei werden je Hörgerät und je Tinnitusgerät maximal 1.700 Euro erstattet.
- Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen.

2.2 Hilfsmittel, die über das Hilfsmittel-Management bezogen werden können:

Wird eines der folgenden Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen oder beschafft, sind die Kosten hierfür zu **100 %** erstattungsfähig. Dies gilt auch, wenn das Hilfsmittel-Management des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt wird, das Hilfsmittel jedoch nicht beschafft werden kann.

Wird das Hilfsmittel-Management des Versicherers nicht in Anspruch genommen, erfolgt die Erstattung dieser Hilfsmittel zu **80 %**.

- Absauggeräte,
- Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen),
- Atem- und Herzfrequenzmonitore, Pulsoximeter,
- fahrbare Gehhilfen (z. B. Gehwagen und Rollatoren),
- Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
- Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie,
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung), sowie Protrusionsschienen,
- Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
- Orthesen,
- Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/ -Buggys,
- Sprechhilfen,
- Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
- Stomaartikel,
- tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest).

Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).

2.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

- Bandagen,
- Blutzucker-, Blutdruck- und Blutgerinnungsmessgeräte,
- fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
- Hilfsmittel gegen Dekubitus,
- Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
- nichtfahrbare Gehhilfen (z. B. Krücken, Gehstöcke, Gehgestelle),
- Orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Schuheinlagen,
- Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom,
- ein Paar orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten im Kalenderjahr.

2.4 Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

2.5 Die Kosten für Hilfsmittel sind insoweit erstattungsfähig, als diese im vorliegenden Versicherungsfall die medizinisch notwendige Versorgung gewährleisten.

Hilfsmittel, die im Tarif nicht aufgeführt sind, sind nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind zudem die Kosten für

- medizinisch nicht notwendiges Zubehör,
- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Produkte und Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Ladegeräte, Batterien),
- sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die in den Leistungsbereich der Privaten Pflegepflichtversicherung fallen,
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

Eine Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnis kann nach Ziffer II.4 durchgeführt werden.

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums-, Rehabilitations- sowie Anschlussheilbehandlungen; zu An-

schlussheilbehandlungen siehe jedoch Ziffer I.4) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegegesetzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V.

In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen und Leistungen für Heilmittel im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnis. Kosten dieser Krankenhäuser werden nur soweit erstattet, wie sie die nach diesen Rechtsnormen berechenbaren Entgelte um nicht mehr als 50 % überschreiten. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die Behandlung durchgeführt wird.

b) Beleg- und Wahlärzte, (Beleg-) Hebammen und (Beleg-) Entbindungspfleger,

c) Unterkunft im Zweibettzimmer.

Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.

d) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,

e) Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus,

f) ambulante Operationen im Krankenhaus,

g) psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I.3.1 a), b) und c).

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen.

h) eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,

i) voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.

j) stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.

k) den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung
- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaufschlag und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

3.2 Werden gleichzeitig die Unterkunft im zuschlagspflichtigen Zweibettzimmer und die wahlärztlichen Leistungen nach Ziffer I.3.1 b) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40 Euro gezahlt. Kein Anspruch auf dieses Krankenhaustagegeld besteht bei Leistungen gemäß Ziffer I.3.1 Buchstaben e) bis k).

4. Anschlussheilbehandlung

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die Leistung für Unterbringung, Verpflegung, Pflege, Therapie und allgemeine ärztliche Leistungen. Hierfür sind die Sätze der preiswertesten Zimmerkategorie des Krankenhauses erstattungsfähig.

b) belegärztliche Leistungen,

wenn der Versicherte hierfür eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger für eine Anschlussheilbehandlung in Anspruch genommen werden kann.

5. Zahnbehandlung

5.1 Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für

- a) diagnostische und anästhetische Leistungen,
- b) chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau),
- c) prophylaktische Leistungen (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung),
- d) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- e) konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays).
Diesbezügliche Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage).

Diesbezügliche Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage). Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne.

5.2 Nicht erstattungsfähig sind folgende Leistungen:

- a) diagnostische, anästhetische und chirurgische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen,
- b) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- c) Zahnersatz.

Diese Leistungen können über die Tarife Zahn 1 bis 3 versichert werden.

5.3 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Gussfüllungen (Inlays) vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

6. Kieferorthopädie

6.1 Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für

- a) kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn und Versicherungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres,
- b) unfallbedingte kieferorthopädische Leistungen unabhängig vom Alter der versicherten Person, sofern der Unfall nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Diesbezügliche Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage). Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne.

6.2 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Kieferorthopädie vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

7. Selbstbehalt

Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt 900 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 900S 1.200 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 1200S abgezogen.

Die Kosten werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zugrunde gelegt. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, die im Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Erstattungsgrundsätze

Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen der GebÜH, Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

In medizinisch begründeten Fällen sind Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen bis zum 5,0-fachen Satz erstattungsfähig. In diesen Fällen hat der Versicherte dem Versicherer eine den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vorzulegen.

2. Auslandsgeltung

2.1 Abweichend von § 1 Teil II Absatz 4 Satz 3 und 4 AVB/VT gilt folgende erweiterte Regelung:

Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate. Liegt zu diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person noch Transportunfähigkeit vor, verlängert sich der Versicherungsschutz, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

2.2 Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht in Ergänzung zu § 1 Teil II Absatz 4 Satz 3 und 4 AVB/VT das Recht auf Fortführung des Versicherungsschutzes. Die Fortführung des Versicherungsschutzes kann von der Vereinbarung eines Beitragszuschlags abhängig gemacht werden. Der vorübergehende Auslandsaufenthalt ist dem Versicherer rechtzeitig, mindestens aber vier Wochen vor Beginn der Auslandsreise unter Nennung des Aufenthaltslandes schriftlich anzuzeigen.

Der Versicherungsschutz kann durch gesonderte Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.

Die Regelungen gemäß § 15 Teil I Absatz 3 AVB/VT zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in § 1 Teil I Absatz 5 AVB/VT genannt bleiben hiervon unberührt.

3. Nachversicherung Neugeborener

Abweichend von § 2 Teil I Absatz 2 Satz 2 AVB/VT kann für Neugeborene ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse eine andere Selbstbehaltstufe gewählt werden als die des versicherten Elternteils.

4. Änderungsklausel

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 AVB/VT und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders berechtigt, das Heil- und Hilfsmittelverzeichnis, das Verzeichnis der über das Hilfsmittel-Management beziehbaren Hilfsmittel, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten sowie das Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Inanspruchnahme von Leistungen des Verzeichnisses der begünstigten Vorsorgeleistungen

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, die im Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

Werden für ein Kalenderjahr nur in oben genanntem Verzeichnis aufgeführte Leistungen erstattet, gilt die Voraussetzung des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) Satz 1 AVB/VT zum Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für dieses Kalenderjahr als erfüllt.

6. Versicherungsfähigkeit

6.1 Versicherungsfähig sind hauptberuflich selbständig erwerbstätige Personen, soweit sie keinen Beruf ausüben, der im Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe zu diesem Tarif aufgeführt ist.

6.2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wechsel, die Aufnahme oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person mitzuteilen.

6.3 Entfällt die Versicherungsfähigkeit durch Beendigung der selbständigen Erwerbstätigkeit, wird die Versicherung in dem entsprechenden Tarif GesundheitCOMFORT weitergeführt.

6.4 Bei endgültiger Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Aktualisierung des Verzeichnisses der nicht versicherbaren Berufe bleibt die Versicherungsfähigkeit für bereits nach dem Tarif versicherte Personen bestehen.

7. Tarifikombinationen

Neben dem Tarif GesundheitCOMFORT S können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung des Tarifs angeboten werden.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

Heilmittelverzeichnis des Tarifs GesundheitCOMFORT S

Von den erstattungsfähigen Höchstbeträgen werden bei ambulanter Heilbehandlung 80 % als tarifliche Leistung gezahlt bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 Euro im Kalenderjahr. Darüber hinaus leisten wir 100 % des erstattungsfähigen Höchstbetrages.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
PHYSIKALISCHE THERAPIE		Behandlungen bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
Diagnostik und Berichte		einzel, mindestens 30 Minuten	47,50
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplanes	25,00	einzel, mindestens 45 Minuten	70,00
Bericht an den verordnenden Arzt	17,50	einzel, mindestens 60 Minuten	80,00
Krankengymnastik und Bewegungsübungen		einzel, mindestens 90 Minuten	120,00
Krankengymnastik, einzeln	30,00	in der Gruppe, mindestens 30 Minuten	35,00
Krankengymnastik, in der Gruppe	10,00	in der Gruppe, mindestens 45 Minuten	40,00
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, Vojta, Hippotherapie)	47,00	in der Gruppe, mindestens 90 Minuten	65,00
Krankengymnastik am Gerät, medizinisches Aufbautraining (MAT), medizinische Trainingstherapie (MTT)	47,00	ERGOTHERAPIE	
Manuelle Therapie / Chirotherapie	33,00	Diagnostik und Planung	
Krankengymnastik im Bewegungsbad, einzeln	33,00	Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung	45,00
Krankengymnastik im Bewegungsbad, in der Gruppe	19,50	Ergotherapeutische Behandlungen	
Atemphysiotherapie, einzeln, mindestens 45 Minuten	47,00	einzel, mindestens 30 Minuten	55,00
Atemphysiotherapie, in der Gruppe	16,00	einzel, mindestens 45 Minuten	70,00
Atemtherapie bei Mukoviszidose, einzeln	75,00	einzel, mindestens 60 Minuten	85,00
Bewegungsübungen	14,00	einzel, mindestens 120 Minuten	150,00
Extensionsbehandlung	10,00	in der Gruppe, mindestens 30 Minuten	21,00
Massagen und Lymphdrainagen		in der Gruppe, mindestens 45 Minuten	25,00
Medizinische Massage	24,00	in der Gruppe, mindestens 90 Minuten	50,00
Manuelle Lymphdrainage		in der Gruppe, mindestens 180 Minuten	90,00
- Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	33,00	Beratung zur Integration	
- Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	45,00	bei motorischen Störungen	50,00
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	61,00	bei sensomotorisch perceptiven Störungen	65,00
Kompressionstherapie (manuell oder apparativ), je Sitzung	21,00	bei psychisch funktionellen Störungen	80,00
Unterwasserdruckstrahlmassage	35,00	PODOLOGIE	
Packungen		Podologische Behandlungen	
Einmal verwendbare Wärmepackung (z. B. Naturmoor, Naturfango)	50,00	Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	22,50
Wiederverwendbare Wärmepackung (z. B. Fango)	18,00	Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	32,00
Kaltpackung (z. B. Lehm, Quark)	18,00	Nagelbearbeitung eines Fußes	22,50
Wärme-/Kältetherapie		Nagelbearbeitung beider Füße	30,00
Eisanwendung (z. B. Eisabreibung, Eisbeutel)	14,00	Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	45,00
Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer)	14,00	Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	62,00
Wärmetherapie (z. B. mittels Heißluft, Infrarot oder Ultraschall)	14,00	Orthonyxiespangen	
Heiße Rolle	14,00	Konfektionierte Spange setzen	120,00
Elektrotherapie / Bestrahlungen		Individuelle Spange setzen	200,00
z. B. Reizstrom, Iontophorese	10,00	Klebspange setzen	60,00
Zwei-/Vierzellenbad	21,00	Spange regulieren	60,00
Hydroelektrisches Bad (Stangerbad)	35,00	Spange abnehmen	20,00
Balneo-Phototherapie / Bade-PUVA, je Sitzung	70,00	Ersatzversorgung individuelle Spange	70,00
UV-Licht-Behandlung, je Sitzung	14,00	OSTEOPATHIE / CRANIO-SAKRAL-THERAPIE	
Inhalationen		je Sitzung	35,00
einzel, auch mit Ultraschallvernebler	12,50	HAUSBESUCHE	
in der Gruppe	6,50	Hausbesuch inklusive Wegegeld (ärztlich verordnet)	17,50
Komplexbehandlungen			
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), ambulante Rehabilitation, Tagessatz	150,00		
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung	80,00		
LOGOPÄDIE			
Diagnostik und Planung			
Erstgespräch	45,00		
Behandlungsplanung	75,00		
Ausführlicher Bericht des Logopäden	35,00		

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Schubverteilungsarm	74,10
Teillfräsung	40,10
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	321,50
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	214,50
Verschraubung/Verbolzung	62,10
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	15,50
Auflage gegossen/Edelmetall	15,60
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10
Basisteil, gegossen/Edelmetall	86,80
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff	36,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	67,40
Bonyhard-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	16,50
Einarmige Klammer, gebogen	15,50
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	145,00
Grundeinheit Aufstellung	39,60
Grundeinheit Fertigstellung	62,80
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	45,30
Interdental-Klammer, gebogen	18,30
Kappe, gegossen/Edelmetall	54,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70
Metallbasis je Kiefer partiell/total	174,40
Metallkaufläche, Metallzahn/Edelmetall	52,40
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	36,50
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	52,40
Sonderkunststoff	61,30
Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60
Überwurfklammer, gebogen, zweiarmig	20,60
Überwurfklammer, Kralle, Auflage, gebogen, einarmig	15,50
Umgehungsbügel bei Diastema	29,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/Edelmetall	26,20
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	33,00
Zweiarmige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	36,50
Zweiarmige-, Ring-, Bonyhard-, Rücklaufklammer, mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	17,00
Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1:	32,30
Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	
Lötung 2:	32,30
Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	
Lötung 3:	33,70
Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	
Lötung 4:	33,70
Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	
Lötung 5:	33,70
Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	
Lötung auf Modell, Grundeinheit	32,30
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,80
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	160,70

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Coffin-Feder	57,30
Doppelpplatten-Führungssporn	44,40
Dorn	12,50
Druckfeder, Zugfeder	15,60
Facebow anpassen	14,20
Feder kompliziert	21,00
Feder, gekreuzt	16,00
Feder, geschlossen	17,10
Feder, offen/Rücklaufsporn	12,60
Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-Stop	12,20
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	73,90
Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,50
Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,80
Innenbogen	68,00
KFO-Platte voreinschleifen	10,50
Kinnkappe mit Retentionshaken	65,00
Kunststoffschild/Abschirmelement	33,60
Labialbogen	30,40
Labialbogen, intermaxillär	54,50
Labialbogen, modifiziert	38,80
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	15,60
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatalbogen	51,00
Lötung je Einheit, KFO	21,80
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	21,80
Pelotte	28,00
Pelottenklammer	13,50
Positionier	200,50
Protrusionsbogen	27,20
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Retentionsschiene	95,70
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	25,00
Schraube einarbeiten, kompliziert	37,40
Spezialschraube	29,70
Spike/Stop	13,50
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
Trennen einer Basis/auch erschwert	13,00
U-Bügel	36,40
Verankerungselement/Verankerungsklammer	44,60
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	18,80
Vorbiss oder Rückbiss	20,40
Vorhofplatte	87,60
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.400 Euro)	40,00
Zungengitter	32,20
Aufbisschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbisschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbisschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisschiene	33,80
Medikamententrägerschiene	101,20
Miniplast-Schiene, tiefgezogen	101,20
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	89,70
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	66,50
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	32,30
Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	95,70
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	21,10
Basis erneuern, auch KFO	99,30
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	54,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	33,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	33,80
Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	45,00
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe	14,00
Leistungseinheit, Basisteil	14,00
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	14,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	14,00
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	14,00
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	14,00
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	14,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	14,00
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	14,00
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	92,00
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	14,00
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	14,00
Retention gebogen	56,40
Retention gegossen/Edelmetall	69,30
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	60,90
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
Funktions-, Individueller Löffel Kunststoff für Implantate	41,50
Implantatachse und –ort festlegen, je Zahn	29,70
Implantat-Divergenz-Ausgleichkrone gegossen	113,10
Implantat-Kontrollschablone	55,80
Implantatmodell	30,40
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	10,90
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	179,40
Röntgenkugel positionieren	8,10
Verlängerungshülse für Implantat	21,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	6,10
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	20,90
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	21,10
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	35,10
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	41,70
Registrat	31,20
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	26,60
Sonstiges	
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	25,30
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	8,30

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesen-zähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig.

Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Eine Erstattung nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs GesundheitCOMFORT S entfällt, wenn hierfür bereits nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife Zahn 1 bis 3 eine Leistung erbracht wurde.

Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe des Tarifs GesundheitCOMFORT S

Nicht versicherbar sind Berufe nach den Berufsgruppen *

211	Berg-, Tagebau und Sprengtechnik
212	Naturstein- und Mineralaufbereitung und -verarbeitung und Baustoffherstellung
241	Metallerzeugung
321	Hochbau
322	Tiefbau
333	nur soweit Zimmerei
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst

sowie

Personen, die besonders gefährliche oder körperlich anspruchsvolle Berufe ausüben

Personen, die berufsmäßig Sport betreiben
Schmiede

Bar-, Nachtclubbesitzer und -mitarbeiter
Arbeitslose, Erwerbslose, Arbeitssuchende

* Die Zuordnung in die Berufsgruppen erfolgt auf Basis der Klassifikation der Berufe 2010 der Bundesagentur für Arbeit.

Der Versicherer kann dieses Verzeichnis im Rahmen von Beitragsanpassungen überprüfen und ggf. ändern.

Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen des Tarifs GesundheitCOMFORT S

Sie haben einen Tarif mit umfassendem Versicherungsschutz auch für Vorsorgeleistungen abgeschlossen. Da wir die Inanspruchnahme dieser Leistungen fördern möchten, sind eine ganze Reihe von Vorsorgemaßnahmen besonders begünstigt:

- Die in diesem Verzeichnis genannten Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- Werden für ein Kalenderjahr nur die hier genannten Leistungen erstattet, gilt die Voraussetzung des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) Satz 1 AVB/VT zum Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für dieses Kalenderjahr als erfüllt.

Dies bedeutet für Sie Folgendes:

Reichen Sie Rechnungen für die unten genannten Leistungen ein, werden wir bei deren Erstattung keinen Selbstbehalt abziehen.

Für den Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gilt zudem: Haben Sie für ein Kalenderjahr nur Rechnungen für die unten genannten Leistungen eingereicht, gilt die in den AVB/VT genannte Voraussetzung, dass für das jeweilige Kalenderjahr keine Leistungen erbracht wurden, als erfüllt. Erfüllen Sie somit alle anderen Voraussetzungen auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, geht der Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung durch Inanspruchnahme einer hier genannten Leistung nicht verloren.

Dies gilt für folgende Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte:

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft:

23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder:

25	Neugeborenen-Erstuntersuchung
26	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr

Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene:

27	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
28	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
29	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung

4851 Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ):

0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund-, Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung und Aufzeichnung Parodontalbefund
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
1010	Kontrolle Übungserfolg einschließlich weiterer Unterweisung
1020	Lokale Fluoridierung mit Lack / Gel zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
2000	Nur Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, nicht im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen
4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied
4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn
4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren

Bitte beachten Sie:

Reichen Sie Rechnungen für weitere Vorsorgeleistungen ein, die nicht in diesem Verzeichnis enthalten sind, so werden diese auf den Selbstbehalt angerechnet; der Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung verfällt dann.

Dieses Verzeichnis kann gemäß Ziffer II.4 des Tarifs angepasst werden.