Union Krankenversicherung

UKV

Finanzgruppe

# Zusätzliche Erklärung über zahnärztliche Behandlung

**Versicherungsnummer:** _____
**Versicherungsnehmer:** _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Derzeitiger Befund des Gebisses:

fehlende Zähne = F
bereits ersetzte Zähne
durch Kronen = K
durch Brückenglieder = B
durch Implantate = I
durch Inlays = Y

bitte zutreffende(n) Buchstaben im Zahnschema eintragen

oben

| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| rechts | | | | | | | | | | | | | | | | | links |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |

unten

Besteht Zahnersatz (ersetzte und/oder überkronte Zähne, inkl. herausnehmbarer Zahnersatz), der älter als sechs Jahre ist? ☐ nein ☐ ja wenn ja: Anzahl? _____

Jeder ersetzte und/oder überkronte Zahn (inklusive Kronen in Verbindung mit einer Brücke oder Implantat) ist einzeln zu zählen. (Beantwortung bei Kindern erst ab Eintrittsalter 15 Jahre)

Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? _____

Welche Behandlung wurde dabei durchgeführt? _____

Welche Zähne sollen ersetzt oder aufgebaut werden?

Kronen = K
Brückenglieder = B
Implantate = I
Inlays = Y

bitte zutreffende(n) Buchstaben im Zahnschema eintragen

oben

| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| rechts | | | | | | | | | | | | | | | | | links |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |

unten

Wie hoch sind die Kosten des vorgesehenen Zahnersatzes einschließlich Material- und Laborkosten? _____
(Bitte Kopie des Kostenvoranschlages beifügen mit Vermerk, wieviel bereits von der gesetzlichen Krankenkasse oder anderen Kostenträgern übernommen wird/wurde.)

Voraussichtlicher Behandlungsbeginn? _____

Voraussichtliches Behandlungsende? _____

Welche weiteren Behandlungen sind zu erwarten bzw. wurden angeraten? _____

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

Datum _____ Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter _____