

## Zusätzliche Erklärung über zahnärztliche Behandlung

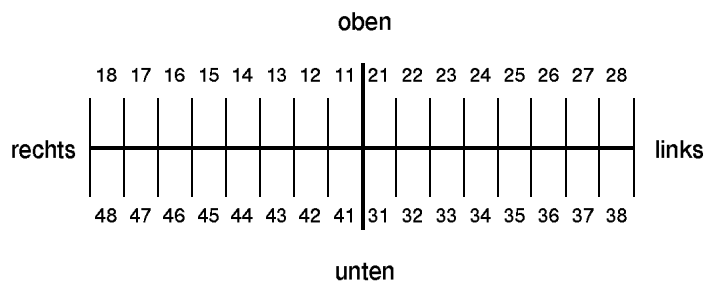
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

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



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)

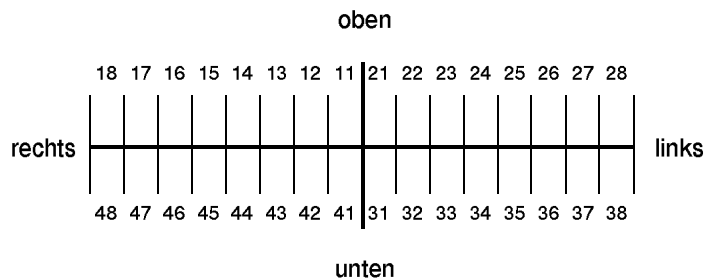
Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

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



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

Voraussichtlicher Behandlungsbeginn? \_\_\_\_\_

Voraussichtliches Behandlungsende? \_\_\_\_\_

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