



## **ANTRAG ZAHNPFLEGEVERSICHERUNG** **Zusatzformular für den Zahnarzt / die Zahnärztin**

### **Angaben der zu versichernden Person**

Vorname ..... Name .....

Geburtsdatum .....

### **Angaben zum Gesundheitszustand**

1. Datum der letzten zahnärztlichen Kontrolluntersuchung: Datum: \_\_\_\_\_

2. Ist die Behandlung abgeschlossen?  Ja  Nein

3. Sind weitere Konsultationen vorgesehen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann sind diese geplant? \_\_\_\_\_

4. Bestehen Abrasionen oder Erosionen  Ja  Nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

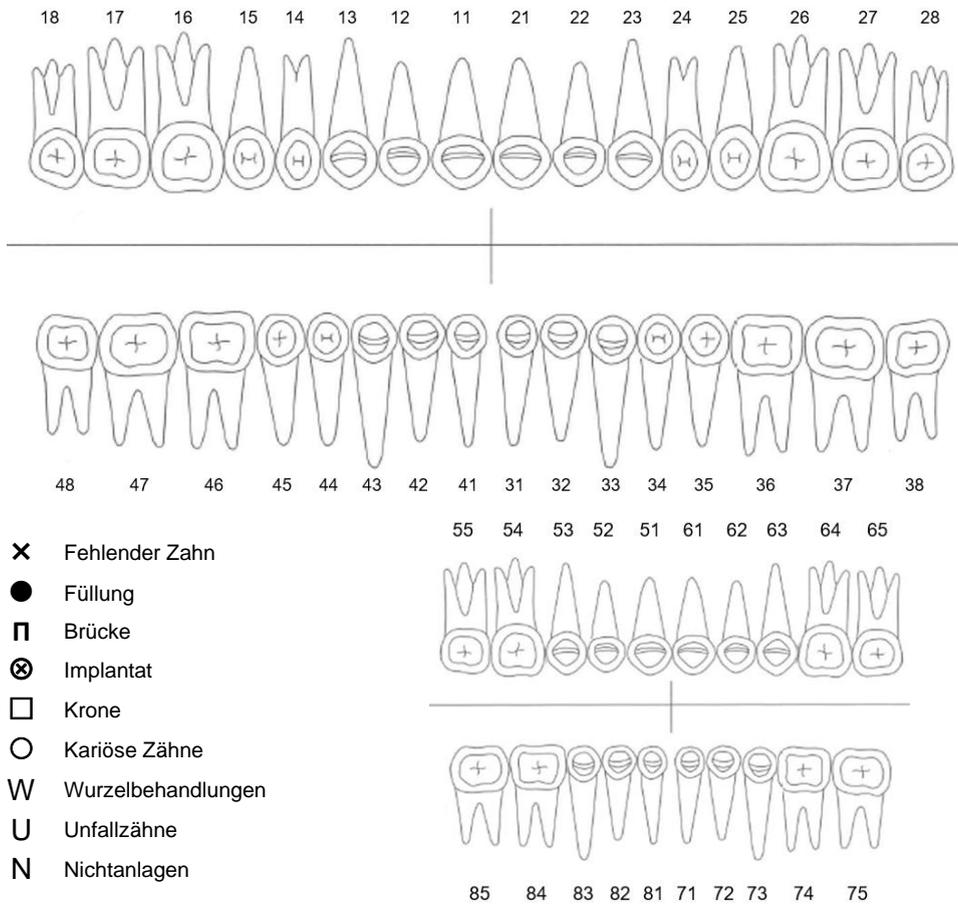
5. Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann ist diese geplant? \_\_\_\_\_

6. Mundhygiene?  Schlecht  Mittelmässig  Gut

7. Zustand des Parodonts?  Schlecht  Mittelmässig  Gut

Bitte Befund mit dem entsprechenden Symbol/Buchstaben im Schema einzeichnen:



6. Zustand der Füllungen, falls vorhanden:  Schlecht  Mittelmässig  Gut

7. Zustand des Zahnersatzes, falls vorhanden:  Schlecht  Mittelmässig  Gut

8. Bemerkungen

---



---



---



---

Das unterzeichnende zahnärztliche Fachpersonal bestätigt, dass der Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt ist. Unvollständige oder falsche Angaben können die Ablehnung von Leistungen, Vorbehalte oder die Kündigung des Vertrages zur Folge haben.

**Ort und Datum**

---

**Stempel und Unterschrift**

---