



**ANTRAG ZAHNPFLEGEVERSICHERUNG
Zusatzformular für den Zahnarzt**

Angaben der zu versichernden Person

Vorname Name

Geburtsdatum

Angaben der zu versichernden Person

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung statt? | Datum | | |
| 2. Ist die Behandlung abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 3. Besteht eine Krankheit, die den Zustand der Zähne beeinflusst oder beeinflussen könnte?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 4. Erfolgten bisher zahnärztliche Kontrollen und Zahnsteinentfernungen?
Wenn ja, in welchen Abständen? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 5. Ist eine Behandlung vorgesehen?
Wenn ja, welche und wann ist diese geplant? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 6. Bestehen Abrasionen oder Erosionen?
Wenn ja, weshalb? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 7. Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 8. Sind Füllungen vorhanden?
Wenn ja, Zustand? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> |
| 9. Besteht ein festsitzender oder abnehmbarer Zahnersatz?
Wenn ja, Zustand? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> |
| 10. Mundhygiene | schlecht <input type="checkbox"/> | mittelmässig <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> |
| 11. Zustand des Parodonts? | schlecht <input type="checkbox"/> | mittelmässig <input type="checkbox"/> | gut <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind fehlende, nicht ersetzte Zähne oder Nichtanlagen vorhanden?
Wenn ja, bitte markieren: | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

13. Sind wurzelbehandelte Zähne vorhanden? JA NEIN
Wenn ja, bitte markieren:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

14. Sind kariöse Zähne vorhanden? JA NEIN
Wenn ja, bitte markieren:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

15. Sind Unfall geschädigte Zähne vorhanden? JA NEIN
Wenn ja, bitte markieren:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

16. Bemerkungen

Der unterzeichnende Zahnarzt/die unterzeichnende Zahnärztin, der unterzeichnende Dentalhygieniker/die unterzeichnende Dentalhygienikerin 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
