



ANTRAG ZAHNPFLEGEVERSICHERUNG Zusatzformular für den Zahnarzt / die Zahnärztin

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? Ja Nein

3. Besteht eine Krankheit, die den Zustand der Zähne beeinflusst oder beeinflussen könnte? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4. Erfolgten bisher zahnärztliche Kontrollen und Zahnsteinentfernungen? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Abständen? _____

5. Ist eine Behandlung vorgesehen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann ist diese geplant? _____

6. Bestehen Abrasionen oder Erosionen? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

7. Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung? Ja Nein

8. Sind Füllungen 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

Wenn ja, Zustand? Schlecht Mittelmässig Gut

9. Besteht ein festsitzender oder abnehmbarer Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja, Zustand? Schlecht Mittelmässig Gut

10. Mundhygiene? Schlecht Mittelmässig Gut

11. Zustand des Parodonts? Schlecht Mittelmässig Gut

12. Sind fehlende, nicht ersetzte Zähne oder Nichtanlagen 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

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 unfallgeschädigte 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
