FNR400355

Union Krankenversicherung

UKV

Finanzgruppe

Zusätzliche Erklärung über zahnärztliche Behandlung

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

für _____

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

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