

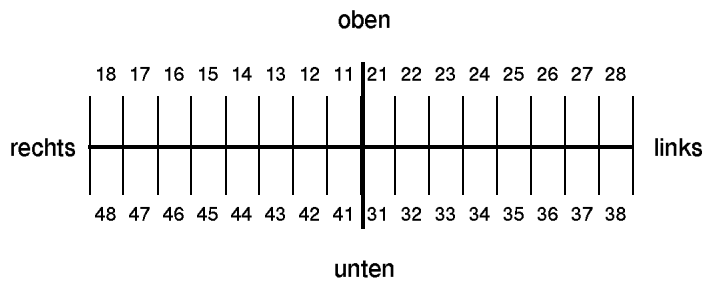
## Zusätzliche Erklärung über zahnärztliche Behandlung

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_  
 für \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Derzeitiger Befund des Gebisses:

fehlende Zähne = F  
 bereits ersetzte Zähne = K  
 durch Kronen = K  
 durch Brückenglieder = B  
 durch Implantate = I  
 durch Inlays = Y

bitte zutreffende(n) Buchstaben im Zahnschema eintragen



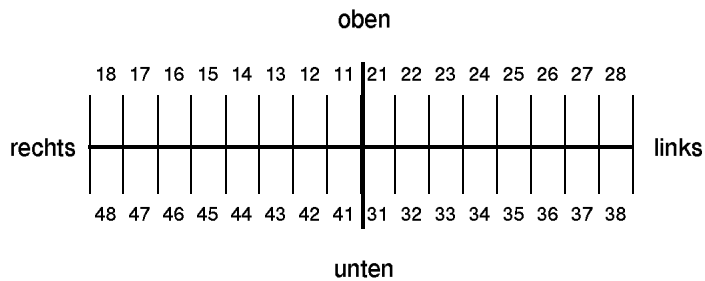
Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?  
 Wann war die letzte Behandlung?  
 Welche Behandlung wurde dabei durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
 (Bitte Name und Anschrift angeben)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Welche weiteren Behandlungen sind zu erwarten bzw. wurden angedacht?

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_