

# Antrag Zahnpflegeversicherung Zusatzformular für den/die Zahnarzt/-ärztin

FKB - Die Liechtensteinische  
Gesundheitskasse  
Gagoz 75  
Postfach 363  
FL-9496 Balzers

Tel. +423 388 19 90  
Fax +423 388 19 91

[www.fkb.li](http://www.fkb.li)  
[info@fkb.li](mailto:info@fkb.li)

## Angaben der zu versichernden Person

Familienname:
Vorname:
Geburtsdatum:

## Angaben zum Gesundheitszustand

Zutreffendes bitte ankreuzen	JA	NEIN	
1. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung statt?			Datum:
2. Ist die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Besteht eine Krankheit, die den Zustand der Zähne beeinflusst oder beeinflussen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
4. Erfolgten bisher zahnärztliche Kontrollen und Zahnsteinentfernungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchen Abständen?
5. Ist eine Behandlung vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche und wann ist diese geplant?
6. Bestehen Abrasionen oder Erosionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, weshalb?
7. Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Sind Füllungen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, bitte markieren:</b>
	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	55 54 53 52 51
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81
			61 62 63 64 65
			71 72 73 74 75
			Wenn ja, Zustand? schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>
9. Besteht ein festsitzender oder abnehmbarer Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Zustand? schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>

# Antrag Zahnpflegeversicherung Zusatzformular für den/die Zahnarzt/-ärztin

Zutreffendes bitte ankreuzen	JA	NEIN	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, bitte markieren:</b>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, bitte markieren:</b>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, bitte markieren:</b>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja, bitte markieren:</b>
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/die unterzeichnende Zahnarzt/-ärztin oder Dentalhygieniker/hygienikerin 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 & Unterschrift des/der Zahnarztes/-ärztin – des/der Dentalhygienikers/-hygienikerin:

---