

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

## Angaben der zu versichernden Person

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

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)

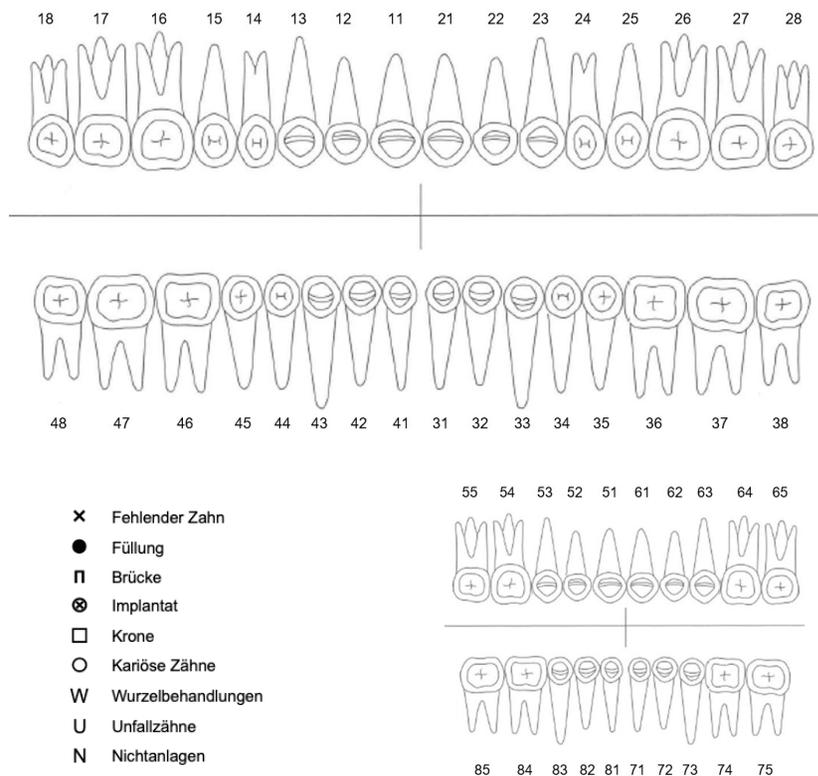
## Angaben zum Gesundheitszustand

Zutreffendes bitte ankreuzen	JA	NEIN	
1. Datum der letzten zahnärztlichen Kontrolluntersuchung:			Datum: <input type="text"/>
2. Ist die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sind weitere Konsultationen vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche und wann sind diese geplant?
4. Bestehen Abrasionen oder Erosionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, weshalb?
5. Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Mundhygiene?			schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>
7. Zustand des Parodonts?			schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>
8. Zustand der Füllungen, falls vorhanden:			schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>
9. Zustand des Zahnersatzes, falls vorhanden:			schlecht <input type="checkbox"/> mittelmässig <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/>

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

**Befund:**

Bitte Befund mit dem entsprechenden Symbol/Buchstaben im Schema einzeichnen:



18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

- X Fehlender Zahn
- Füllung
- Π Brücke
- ⊗ Implantat
- Krone
- Kariöse Zähne
- W Wurzelbehandlungen
- U Unfallzähne
- N Nichtanlagen

10. Bemerkungen

Das unterzeichnende zahnärztliche Fachpersonal 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 des zahnärztlichen Fachpersonals