

Antrag Zahnpflegeversicherung Zusatzformular für den Zahnarzt

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: <input type="text"/>
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. Erfolgt 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 Kieferfehlerstellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Sind Füllungen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
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"/>

Antrag Zahnpflegeversicherung Zusatzformular für den Zahnarzt

12. Sind fehlende, nicht ersetzte Zähne oder Nichtanlagen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 Unfall geschädigte Zähne vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:
