

Antrag für Zahnpflegeversicherung

Wir bitten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Antrag für die Zahnpflegeversicherung dieses Formular von Ihrem Zahnarzt ausfüllen zu lassen und an uns zu retournieren.

Antragsteller

Name: _____ Vorname: _____

Versicherten Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherungsklasse: _____

Attest (vom Zahnarzt auszufüllen)

Fehlende, nicht ersetzte Zähne mit «X» angeben

VMK / Kronen mit «K» kennzeichnen

Brücken einzeichnen

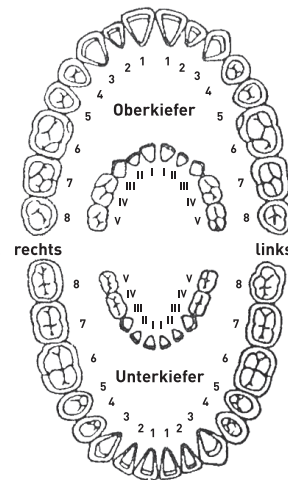
Implantate mit «I» kennzeichnen

Modellgussprothesen angeben

Füllungen mit «G» kennzeichnen

Wurzelbehandlungen einzeichnen

defekte Zähne mit «O» einzeichnen und mit «D» bezeichnen



Leidet der Patient an einer Parodontitis

Hygiene

fanden regelmässige jährliche Kontrollen statt

Okklusion

Ist eine konservierende Behandlung

Zustand der bestehenden Kronen, Brücken

Ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen

Ist eine kieferorthopädische Behandlung
voraussichtlich notwendig

chronisch aggressiv juvenil nein

gut mittel schlecht

ja nein

knirschen pressen ohne Befund

nötig nicht nötig

gut mittel ungenügend

ja nein

ja nein

Letzte Jahreskontrolle am Datum: _____

Ist in den nächsten Monaten eine Behandlung vorgesehen?

welche? _____

wann? _____

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift
des Zahnarztes: _____