Zahnbefund zur Feststellung der Zahngesundheit für den Abschluss des Basistarifes BT

Gothaer

Gothaer Krankenversicherung AG

50598 Köln

AN215247

Antragsteller/ Versicherungs-nehmer (VN)

Für AO/MA/SAD: **1** VD-Agenturnummer

Für Makler/Sonstige: **0** GKR-Agenturnummer

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name ☐ männlich ☐ weiblich

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum

Untersuchte Person

Titel, Vorname, Name ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum

Ist Ihnen die zu untersuchende Person bekannt? ☐ nein (überzeugt durch) ☐ ja
(Wenn nicht, wie haben Sie sich von der Identität überzeugt?)

Zahnärztlicher Befund/HUK-Plan

Bei mehr als drei fehlenden Zähnen sowie bei sonstiger Behandlungsbedürftigkeit bitten wir um Erstellung und Beifügung eines Heil- und Kostenplanes inkl. der geschätzten Labor- und Materialkosten.

Befund																
	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**
Befund																

Erläuterungen

c = cariöse Zähne)–(= Lückenschluss x = nicht erhaltungswürdige Zähne b = vorhandene Brückenglieder

f = fehlende Zähne e = bereits ersetzte Zähne k = vorhandene Kronen w = erkrankte, aber erhaltungswürdige Zähne

Behandlungs-bedürftigkeit

Ist eine Kieferregulierung erforderlich? ☐ nein ☐ ja

Besteht aus zahnmedizinischer Sicht Behandlungsbedürftigkeit? ☐ nein ☐ ja

Bitte beachten:

Anerkannt werden nur Untersuchungsberichte von in Deutschland niedergelassenen, approbierten Ärzten.

Nicht anerkannt werden Untersuchungsberichte von Ehegatten sowie Verwandten der auf- und absteigenden Linie des Antragstellers.

Unterschrift Zahnarzt

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des **Zahnarztes**

Der Versicherer übernimmt die Kosten in Höhe von 15,00 EUR für den **zahnärztlichen Befund.** Einen zusätzlich anzufertigenden Heil- und Kostenplan vergüten wir ebenfalls im Rahmen der hierfür vorgesehenen Ziffer der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Rechnungsbetrag:

Kontoinhaber

Name des Geldinstituts

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

215247 – 05.2017