



CSS 

Versicherung

Zahnärztlicher Befundbericht

(Die Kosten trägt der Antragsteller)

Zu versichernde Person

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort Geburtsdatum

Attest (vom Zahnarzt auszufüllen)

Damit die Risikobeurteilung korrekt vorgenommen werden kann, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen und den Zahnstatus durch Ihren Zahnarzt beantworten bzw. ausfüllen zu lassen.

1. Zahnstatus

Zustand der Zähne anlässlich der Untersuchung vom

Behandlungsplan																
Befund																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Befund																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Behandlungsplan																

Welche Maßnahmen sind erforderlich/geplant? Bitte den Behandlungsplan in o. g. Schema eintragen.

Befund:

f = fehlender Zahn, e = ersetzter Zahn, ew = ersetzter, erneuerungsbedürftiger Zahn, b = Brückenglied, k = überkronter Zahn, kw = zu ersetzende Krone,)(= Lückenschluss, i = Implantat, y = Inlay, t = Konus-/Teleskopkrone, herausnehmbarer Zahnersatz (Prothese), x = nicht erhaltungswürdiger Zahn, c = kariöser Zahn, z = zerstörter Zahn, s = sanierungsbedürftiger Zahn

Behandlungsplan:

K = Teil- oder Vollgusskrone, B = Brückenglied, Y = Inlay, F = Füllung oder Füllungsaustausch, I = Implantat, T = Konus-/Teleskopkrone, herausnehmbarer Zahnersatz (Prothese), E = Exzision

2. Fragen zum Zahnstatus

Erfolgt bisher regelmäßige jährliche Zahnkontrollen und Zahnsteinentfernungen? ja nein

Verursachen vorhandene Zahnfüllungen oder Zahnersatz Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche?

Liegt/lag eine Zahnfleischerkrankung vor? (Wenn ja, bitte Parodontal Status und/oder Parodontal Screening Index beifügen) ja nein

Bestehen Engstände, Kieferfehlstellungen oder Zahnfehlstellungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Sind neben dem unter 1.) erläuterten Behandlungsplan weitere zahnärztliche Maßnahmen (wie z. B. kieferorthopädische Maßnahmen, parodontologische Maßnahmen, konservierende Maßnahmen, chirurgische Maßnahmen, Wurzel-/Wurzelkanalbehandlungen etc.) erforderlich oder geplant? ja nein

Wenn ja, welche?

Sind neben dem unter 1.) erläuterten Behandlungsplan weitere zahnprophylaktische Maßnahmen (wie z. B. professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltests etc.) erforderlich oder geplant? ja nein

Wenn ja, welche?

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes: