

Selbstauskunft: Zahn

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Befund des Gebisses (bitte füllen Sie das Schema nach den unten aufgeführten Vorgaben aus):

Befund																	
Alter des bereits vorhandenen Zahnersatzes in Jahren																	
Angeratene/geplante Behandlungen																	
	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	
Angeratene/geplante Behandlungen																	
Alter des bereits vorhandenen Zahnersatzes in Jahren																	
Befund																	

Befund:

f = fehlende Zähne **)**(= Lückenschluss **e** = ersetzte Zähne **c** = kariöse, erhaltungsfähige Zähne
T = Teleskop-/Konuskrone **b** = Brückenglieder **y** = defekte Füllungen **x** = nicht erhaltungswürdige Zähne
k = vorhandene Kronen **I** = Implantat **F** = nicht sanierungsbedürftige Füllungen
In = nicht sanierungsbedürftiges Inlay

Behandlungsplan:

E = Zähne zu ersetzen **K** = geplante Krone **M** = Metallkeramikverblendung **H** = geplante Halte- und Stützvorrichtung
V = Kunststoffverblendung **B** = Brückenglied **T** = Teleskop-/Konuskrone **K_o_K** = Steg mit Verbindungsvorrichtung
Y = Keramikeinlagefüllung **G** = Goldgussfüllung **I** = Implantat **F** = geplante Füllungen
IIN = geplantes Inlay **TK** = Teilkrone

2. Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Am: (mindestens MM/JJJJ)

3. Welche Behandlungen wurden wann durchgeführt (weitere Infos bitte auf einem separaten Zettel)?

Datum	Maßnahme	Ergänzungen/Sonstiges

Selbstauskunft: Zahn

B

Zur Prüfung ist folgendes notwendig:

- a.) angeratene Behandlung: Heil- und Kostenplan nach privatärztlicher Abrechnung
- b.) laufende Behandlung: Heil- und Kostenplan über die Restkosten nach privatärztlicher Abrechnung

4. Ist eine kieferorthopädische Behandlung angeraten oder wird eine solche gerade durchgeführt?

Ja | Höhe der Kosten/Restkosten: _____
 Nein

5. Besteht eine Zahnbetterkrankung?

Ja Nein

Wenn Sie Frage 4 mit „ja“ beantwortet haben, füllen Sie bitte nachfolgende Fragen noch aus!

6. Wie lautet die genaue Diagnose?

Parodontose Parodontitis Zahnfleischbluten
 Sonstiges: _____

7. Parodontalbefund:

Zahntaschen/mm																
	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
Zahntaschen/mm																

Lockerungsgrad (Grad I, II, III)																
	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
Lockerungsgrad (Grad I, II, III)																

8. Beurteilung:

Ort, Datum

Unterschrift