

Angebotsanforderung - Zahnzusatzversicherung Gutschein für die Ermittlung der optimalen Zahnzusatzversicherung.

Zurücksenden an: Leisentritt & Söhne, Finanz - Versicherungsmakler, Sander Str. 18 - 20,
D - 97475 Zeil a. Main. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie uns diesen per Fax +49
(0) 9524 82082-50, Email info@Leisentritt.com oder rufen Sie uns an **Tel +49 (0) 9524 82082-0**.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir detaillierte Fragen stellen. Nur so können wir das optimale Angebot für Sie ermitteln.

1. Antragsteller (zu versichernde Person) weiblich männlich Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. Priv./Geschäft _____ / _____

Fax _____

E-Mail Adresse/n _____

Beruf _____

Status (Ang./Selbst./Stud. etc.) _____

GKV / Kassenmitglied bei _____

seit wann _____

2. Besteht bereits eine private Krankenzusatzversicherung? ja nein

3. Erwünschte Leistungen

- Prophylaxe / prof. Zahnreinigung 1x 2x / Jahr hochwertige
Kunststofffüllungen
 Inlay/Onlay Implantate Kieferorthopädische Leistungen stationäre
Zusatzversicherung
 Sehhilfen Heilpraktiker sonstige Leistungen _____

Möchten Sie fehlende Zähne mitversichern, sofern es zu akzeptablen Bedingungen möglich ist?

ja nein

4. Fragen zur Gesundheit

Haben/hatten Sie eine schwere Erkrankung (Aids, Herzinfarkt, Krebs...)

Wenn ja, welche?

Kur / Reha-Aufenthalt (in den letzten 5 Jahren)? ja nein

Tragen Sie derzeit eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen)? ja nein

5. Ihr Zahnarzt

Name _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

6. Zahnstatus – bitte lassen Sie diesen Teil des Fragebogens in Ihrer Zahnarztpraxis ausfüllen.

(Die Kosten trägt der Antragsteller)

a = Adhäsiv Brücke (Anker, Spanne), **b** = Brückenglied, **c** = kariöser Zahn, **e** = ersetzter Zahn, **ew** = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn, **f** = fehlender Zahn, **ivk** = Implantat Vollkeramikkrone, **k** = klinisch intakte Krone, **kw** = erneuerungsbedürftige Krone, **i** = Implantat, **ix** = zu entfernendes Implantat, **mk** = Metallkeramikkrone, **pw** = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten, **r** = Wurzelstiftkappe, **rw** = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe, **s** = sanierungsbedürftiger Zahn, **sw** = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, **t** = Teleskop, **tw** = erneuerungsbedürftiges Teleskop, **ur** = unzureichende Retention, **vk** = Vollkeramikkrone, **w** = erhaltungswürdiger Zahn, **ww** = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung, **x** = nicht erhaltungswürdiger Zahn, **z** = zerstörter Zahn, **y** = Inlay, **j** = Lückenschluss.

7. Behandlungsplan

E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen, **T** = Konus- / Teleskopkrone, **K** = Vollgusskrone, **B** = Vollgussbrückenglied
V = Kunststoffverblendung, **I** = Inlay, **M** = Keramikverblendung, **F** = Füllung, **i** = Implantat

		(Oberkiefer rechts)								(Oberkiefer links)								
Behandlungsplan	R																	L
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																		
		(Unterkiefer rechts)								(Unterkiefer links)								

Wie viele Zähne (ohne Weisheits- oder Milchzähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben) fehlen und sind nicht ersetzt? _____ (Anzahl)

Wie viele der fehlenden Zähne sind durch herausnehmbare Teil-/Vollprothese ersetzt? _____ (Anzahl)

Besteht Zahnersatz, der älter als 10 Jahre ist? ja nein, wenn ja, in wie vielen Fällen? _____ (Anzahl)

Läuft aktuell eine zahnärztliche Maßnahme oder ist eine solche konkret geplant/angeraten?
 ja nein

Besteht eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung, Parodontose/Parodontitis?
 ja nein

Sind diese Behandlungen erfolgreich abgeschlossen? ja nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch (Datum) _____

Besteht eine Zahn-/Kieferfehlstellung (gemeint ist eine absehbare Behandlungsbedürftige Fehlstellung), bzw. sind kieferorthopädische Maßnahmen oder zahnärztliche Maßnahmen konkret angeraten/geplant?
 ja nein

Welche Maßnahmen laufen/stehen an?

Wer hat 6. den Zahnstatus u. 7. den Behandlungsplan ausgefüllt?

Name _____ Telefon Nr. (für evtl. Rückfragen) _____

Ich bin damit einverstanden, dass aufgrund meiner Angaben die optimale Krankenzusatzversicherung ermittelt wird.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Unterschrift des Antragstellers