Bitte zurück an

ARAG
Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München

oder per Fax (0 89) 41 24-95 25

Zahnärztlicher Befundbericht (Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs- / Antrags-Nr.

Name, Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Behandlungsplan	R																		L
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																			
Behandlungsplan																			

Befund

f = fehlende Zähne
e = ersetzte Zähne
b = Brückenglied
k = überkronte Zähne
)(= Lücke geschlossen
s = sanierungsbedürftige Zähne
z = zerstörte Zähne
c = kariöse Zähne
i = Implantat
y = Inlay
T = Konus- / Teleskopkrone

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

Behandlungsplan

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

Sonstige zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Maßnahmen erforderlich/geplant? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Erklärung des Antragstellers zum Antrag vom

für Versicherungs- / Antrags-Nr.

Kosten für die lt. obigem Zahnbefund mit f, s, z und c bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Für die Tarife der Krankheitskosten-Zusatzversicherung gilt außerdem:
Implantologische Leistungen für die lt. obigem Zahnbefund mit e bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Die Erklärung bedarf der Annahme durch den Versicherer

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

A 804 8.2016