

Zusatzversicherung AGRI-dental: Zahnärztlicher Fragebogen

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.-Dat.:** _____ **PLZ/Ort:** _____ **SN:** _____

Ab vollendetem 6. Altersjahr sind dem Fragebogen Röntgenbilder (2 Bitewing-Aufnahmen nicht älter als zwei Jahre) beizulegen. Diese werden nach erfolgter Risikoprüfung retourniert.

Die Zähne der zu versichernden Person befinden sich zurzeit in folgendem Zustand:

1. Konservierend (Füllungen) kariesfrei 1-4 nicht versorgte Läsionen mehr als 4 Läsionen
2. Endodontisch
 Wurzelbehandlungen ja, wie viele? nein
 Revisionen/Wurzelbehandlungen notwendig ja, wie viele? nein
3. Paradontal (Zahnfleischentzündungen) ja generell lokal nein
4. Knochenverlust ja generell lokal nein
5. Kieferorthopädisch, Behandlungsbedarf unwahrscheinlich wahrscheinlich

6. Besteht ein Zahnersatz? ja nein
 Wenn ja, welcher? _____ Zustand: _____
 Krone gut mässig mangelhaft
 Brücke gut mässig mangelhaft
 Implantat gut mässig mangelhaft
 Prothese gut mässig mangelhaft

7. Bestehen avitale Zähne? ja nein
 Wenn ja, welche (Röntgenbilder beilegen)? _____

8. Bestehen Folgen eines Zahnunfalls? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
 Unfalldatum: _____

9. Besteht eine Zahn-und/oder Kieferfehlstellung? ja nein

10. Besteht eine Zahnanomalie? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

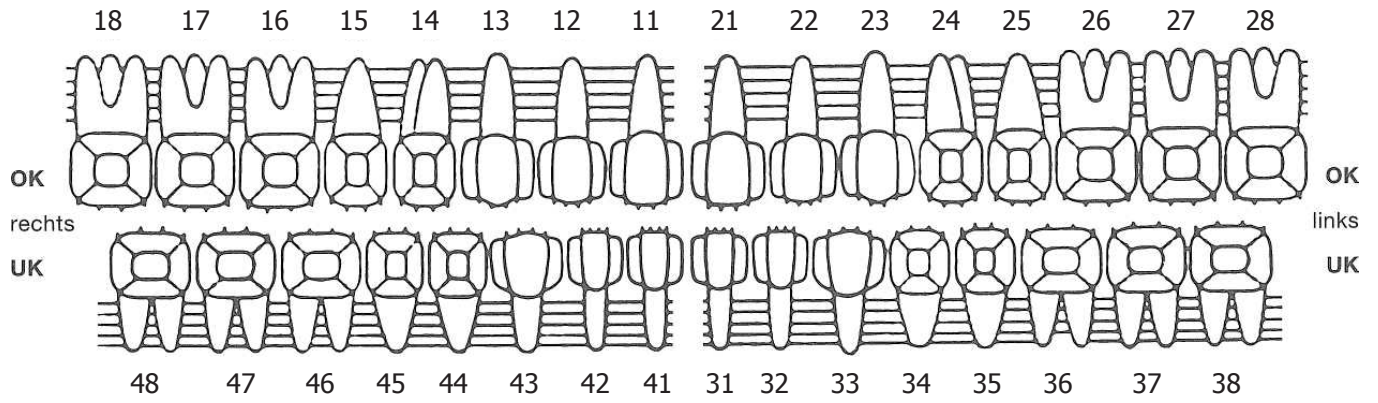
11. Ist die zu versichernde Person gegenwärtig in Behandlung? ja nein
 Wenn ja, warum? _____

12. Ist eine Behandlung geplant oder wünschenswert? ja nein
 Wenn ja, weshalb? _____
 Wann? _____

13. Wann erfolgte die letzte Zahnbehandlung oder Kontrolle bei Ihnen? _____

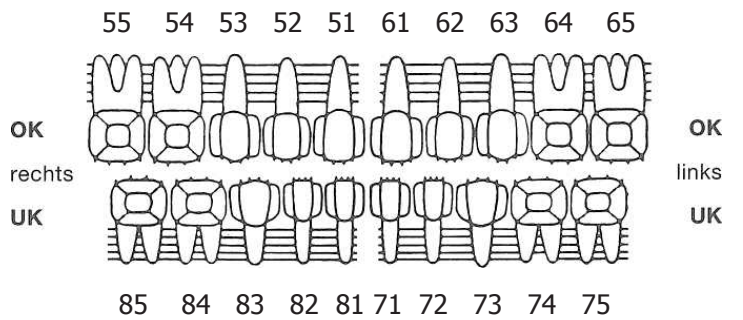
Bitte auf der folgenden Seite den Befund mit dem entsprechenden Symbol im Schema einzeichnen

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.-Dat.:** _____ **PLZ/Ort:** _____ **SN:** _____



- X Fehlender Zahn
- I Füllung
- Krone
- Brücke
- ⊗ Implantat
- ∩ Totale Prothese, Oberkiefer
- ∪ Totale Prothese, Unterkiefer
- ⌘ Teilprothese, Oberkiefer
- ⌘ Teilprothese, Unterkiefer
- D Devitaler Zahn
- R Retinierter Zahn
- ZK Zahnkipfung
- Kariöser Zahn/defekte Füllung

Milchzähne



Bemerkungen des Zahnarztes

Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt, dass der Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt ist. Unvollständige oder falsche Angaben können für die antragstellende Person die Ablehnung von Leistungen, Vorbehalte oder die Kündigung des Vertrages zur Folge haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Haben Sie alle Fragen vollständig beantwortet und die Röntgenbilder beigelegt?