**Bitte zurücksenden an:**
Direkt und gebührenfrei an
**Fax 0800 / 400 100 120**

CSS Versicherung

# Zahnärztlicher Befundbericht

(Die Kosten trägt der Antragsteller)

## Zu versichernde Person

Name

Vorname

Straße

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

## 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

Hinweis: Die Untersuchung darf nicht länger als 3 Monate in der Vergangenheit liegen. Ggf. ist eine aktuelle Untersuchung durchzuführen.

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Behandlungsplan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 = Extraktion

## 2. Fragen zum Zahnstatus

2.1 Erfolgten bisher regelmäßige jährliche Zahnkontrollen und Zahnsteinentfernungen? ☐ ja ☐ nein

2.2 Verursachen vorhandene Zahnfüllungen oder Zahnersatz Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

2.3 Liegt aktuell eine Zahnfleischerkrankung vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?


CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Herrengasse 8, LI-9490 Vaduz

2.4 Lag in der Vergangenheit eine Zahnfleischerkrankung vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Sofern eine Zahnfleischerkrankung vorlag, bitte einen nach der stattgehabten Zahnfleischerkrankung bzw. durchgeführten Therapiemaßnahme erstellten und damit aktuellen Parodontal Status beifügen.

Wenn ja, wie lautet die aktuelle Prognose hinsichtlich erneuter/weiterer Erkrankungen des Zahnfleisches?

Wenn ja, welche Therapiemaßnahmen (z. B. professionelle Zahnreinigung etc.) werden aktuell erwogen bzw. sind angeraten?

2.5 Bestehen Engstände, Kieferfehlstellungen oder Zahnfehlstellungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

2.6 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?

2.7 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?

2.8 Nur zu beantworten bei laufender bzw. angeratener Versorgung mit Zahnschienen/Aufbissbehelfen:

Bitte nennen Sie uns die Grunderkrankung, die zur Versorgung mit Zahnschienen/Aufbissbehelfen führt.

Ist aufgrund dieser Grunderkrankung eine Zahnersatzmaßnahme erforderlich oder geplant? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, benennen Sie uns hierzu die zugehörige Zahnnummer:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

CSS Versicherung AG
Postfach 1130, Herrengasse 8, LI-9490 Vaduz
Eingetragen im Öffentlichkeitsregister Liechtenstein / FL-0002.181.006-7

CSS Versicherung