Formular löschen

Die Continentale

Zahnärztliches Zeugnis zum Versicherungsantrag bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

_____ (Datum/Antragsnummer)

Versicherte Person

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Straße	Postleitzahl	Wohnort	Versicherungs-Nr.

Erläuterungen

zum Befund:

- b = vorhandenes Brückenglied
- c = kariöser Zahn
- e = bereits ersetzter Zahn
- f = fehlender Zahn
- i = vorhandenes Implantat
- k = vorhandene Krone
- n = nicht angelegter Zahn (fehlender Zahnkeim)
- t = vorhandenes Teleskop
- w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
-)-(= Lückenschluss

zum Behandlungsplan:

- B = Brückenglied
- E = zu ersetzender Zahn
- H = kompliziertes, gegossenes Halte- und Stützelement
- K = sonstige Krone
- M = Metallkeramikkrone
- O = Verbindungselement (Geschiebe)
- S = Implantatgetragene Suprakonstruktion
- T = Teleskop-/Konuskrone
- V = Kunstoffverblendkrone
- - = Verblockung/Schiene/Steg

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																

Bei **b, e, i, k und t** bitte **unbedingt** angeben

Zahn-Nummer																
Alter des Zahnersatzes																

Bemerkungen:

Prognose und Behandlungsplan

1. Sind zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kieferorthopädische oder zahnprothetische Behandlungen notwendig,vorgesehen oder angeraten oder ist in den nächsten drei Jahren mit einer Erneuerung des vorhandenen Zahnersatzes zu rechnen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben) ☐ ja ☐ nein

2. Ist das Gebiss mit herausnehmbarem Zahnersatz ersetzt? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben. ☐ ja ☐ nein

3. Sind eventuell vorhandene Implantate noch fest im Kieferknochen verankert? ☐ ja ☐ nein

4. Besteht eine Parodontopathie? ☐ ja ☐ nein

5. Mit welchen Kosten ist zu rechnen? _____ EUR

Bemerkungen:

Die Kosten für dieses zahnärztliche Zeugnis trägt die zu versichernde Person oder deren gesetzlicher Vertreter.

Unterschrift

Datum

✘ Stempel und Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

Direktion
Ruhrallee 92 44139 Dortmund
Telefon (0231) 919-0
Telefax (0231) 919-1798

1e.2258/11.17