Zahnärztlicher Befundbericht

(Die Kosten trägt der Antragsteller)

CSS Versicherung

Zu versichernde Person

Name/Vorname			
Straße		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Kunden/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

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?

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?

CSS Versicherung AG, Herrengasse 8, LI-9490 Vaduz

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 und Datum:

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes:

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

Die Schweizer Gesundheitsversicherung

CSS