Alle Eingaben löschen

central

CENTRAL Krankenversicherung AG · 50593 Köln

Stempel der HV oder FD

FD / Vers.-Nr. Unser Zeichen Tag

Ihr Patient:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

damit wir den Versicherungsantrag Ihres Patienten bearbeiten können, bitten wir um Beantwortung des beiliegenden Fragebogens anhand Ihrer Karteiaufzeichnungen. Eine persönliche Untersuchung ist nicht notwendig.

Eine schriftliche Erklärung, die uns zur Einholung der Auskunft bevollmächtigt und Sie von der Schweigepflicht entbindet, liegt uns vor.

Bitte antworten Sie uns bald, damit wir über den Versicherungsantrag schnell entscheiden können.

☐ **Die Kosten gehen zu Lasten des Patienten**

☐ **Ihr Honorar werden wir nach Eingang des Berichtes anweisen. Bitte ergänzen Sie hierzu den unteren Abschnitt und senden uns dieses Blatt zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Freiumschlag zurück.**

Mit freundlichen Grüßen
Vertragsbetreuung

Für diesen Bericht berechne ich nach GOÄ-Ziffer 75 _____ € und bitte, den Betrag auf mein

Konto Nr. _____

BLZ _____

bei _____ zu überweisen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

VE 043 05.06 749

Stempel der HV oder FD

Zahnärztlicher Untersuchungsbericht

FD / Vers.-Nr. Unser Zeichen Tag

Ihr Patient:

Geburtsdatum:

Anschrift:

1. Befund des gesamten Gebisses

Erläuterungen zum Befund:

c = kariöse Zähne
z = zerstörte Zähne
f = fehlende Zähne
e = bereits ersetzte Zähne
k = Krone/Teilkrone
b = Brückenglied
I = Inlays
)(= Lückenschluß

Beh. Plan																
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																
Beh. Plan																

2. Angaben zu bestehendem Zahnersatz (bitte Anzahl, Art und Alter des Zahnersatzes angeben)

	Art/Alter	bis einschl. 10 Jahre	über 10 Jahre	über 15 Jahre
Anzahl	Krone(n)	_____	_____	_____
Anzahl	Brücke(n)	_____	_____	_____
Anzahl	Implant(e)	_____	_____	_____
Anzahl	Vollprothese(n)	_____	_____	_____
Anzahl	Teilprothese(n)	_____	_____	_____

Die Teilprothese(n) umfasst / umfassen _____ **ersetzte** Zähne

3. Ist in den nächsten 12 Monaten mit Zahnersatzmaßnahmen bzw. mit einer kieferorthopädischen Behandlung zu rechnen?

☐ Ja **(bitte ggf. eine Kopie des Heil- und Kostenplans beifügen)**

☐ Nein

4. Bestehen Paradontopathien?

☐ Ja ☐ Nein

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes