



Bitte zurück an

ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 860129 · 81628 München

ARAG Krankenversicherungs-AG

ARAG
Krankenversicherungs-AG
Prinzregentenplatz 9
81675 München

Prinzregentenplatz 9
81675 München

oder per Fax 089 / 41 24 - 25 25

Zahnärztlicher Befundbericht

(Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs- / Antrags-Nr.

Name, Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Behandlungsplan	R																	L
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																		

Befund

- f = fehlende Zähne
- e = ersetzte Zähne
- b = Brückenglied
- k = überkronte Zähne
-)(= Lücke geschlossen
- s = sanierungsbedürftige Zähne
- z = zerstörte Zähne
- c = kariöse Zähne
- i = Implantat
- y = Inlay
- T = Konus-/Teleskopkrone

Welche Maßnahmen sind erforderlich/geplant?
Bitte den Behandlungsplan in o.g. Schema eintragen.

Behandlungsplan

- E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen
- T = Konus-/Teleskopkrone
- K = Vollgusskrone
- B = Vollgussbrückenglied
- V = Kunststoffverblendung
- I = Inlay
- M = Keramikverblendung
- F = Füllung
- i = Implantat
- TK= Teilkkrone

Sonstige zahnärztliche Maßnahmen erforderlich/geplant? ja nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes