

BD/MD-Vermittler-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

**HINWEIS:**

Die Kosten der  
Untersuchung trägt der  
Antragsteller.

AN DEN AUSKUNFTERTEILENDEN ZAHNARZT  
Bitte schicken Sie den Vordruck ausgefüllt an:

Barmenia  
Krankenversicherung a. G.  
Abteilung Vertrag  
Hauptverwaltung  
42094 Wuppertal

**A. PERSONALIEN DER ZU UNTERSUCHENDEN PERSON**

Name und Vorname geb. am

Anschrift

Beruf Patient bei mir seit

**B. GEBISSBEFUND**

Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert?  ja  nein

Fehlende, ersetzte, überkronte, sanierungsbedürftige Zähne

- f = fehlende Zähne
- e = ersetzte Zähne
- k = vorhandene Kronen
- s = sanierungsbedürftige Zähne
- ) ( = Lückenschluss

oben rechts								oben links							
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
unten rechts								unten links							

Besteht eine Zahnfleischerkrankung?  ja  nein

Halten Sie Zahnersatz für notwendig?  ja  nein

Halten Sie kieferorthopädische Behandlungen für notwendig?  ja  nein

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes, Datum