Continentale Krankenversicherung a.G

Maklerdirektion Süd-West

Hauptstätterstr. 99 · 70178 Stuttgart
Telefon (0711) 64979-77

Zahnstatus

(Die Kosten für dieses zahnärztliche Zeugnis trägt die zu untersuchende Person oder deren gesetzliche Vertreter)

Familienname _____ Geburtsdatum _____ VEP-Nummer 390.5449 _____

Vorname _____ Antragsnummer _____

Anschrift _____ E-Mail _____

Befund des Gebisses

Beh.-Plan																
Be-fund																
	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
Be-fund																
Beh.-Plan																

Behandlungsplan u. Kostenvoranschlag

Erläuterungen/Befund:
- F = fehlender Zahn
-)(= Lückenschluss
- e = bereits ersetzter Zahn
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
- k = vorhandene Krone
- t = vorhandene Teleskopkrone
- b = vorhandenes Brückenglied

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

Bemerkung . _____

Bei **b, k, e, t** bitte angeben:

Zahnnummer	Alter des Zahnersatzes

Prognose und Behandlungsplan

1. Sind zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kiefer - orthopädische oder zahnprothetische Behandlungen notwendig, vorgesehen oder angeraten ? ☐ ja ☐ nein
(Wenn ja, bitte nähere Angaben/ggf. Kostenvoranschlag befügen)
2. Sind eventuell vorhandene Implantate noch fest im Kieferknochen verankert ? ☐ ja ☐ nein
3. Besteht eine Parodontopathie ? ☐ ja ☐ nein
4. Mit welchen Kosten ist zu rechnen ? EUR
5. Ist in den nächsten 3 Jahren vorrausichtlich mit einer Neuerung des Zahnersatz zu rechnen ? ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen :

_____

_____

Ort/Datum _____ Stempel und Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes