Continentale Krankenversicherung a.G.

Direktion

Ruhrallee 92 - 94 · 44139 Dortmund
Telefon (0231) 919-0
Telefax (0231) 919-1798

Zahnärztliches Zeugnis

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

Familienname _____ Geburtsdatum _____ Antrag vom _____

Vorname _____ Regional-/Maklerdirektion _____

Anschrift _____ Versicherungs-Nummer _____

Erläuterungen

zum Befund:

- b = vorhandene Brückenglieder
- c = kariöse Zähne
- e = bereits ersetzte Zähne
- f = fehlende Zähne
- k = vorhandene Kronen
- w = erkrankte, aber erhaltungswürdige Zähne
- x = nicht erhaltungswürdige Zähne
-)-(= Lückenschluss
- I = vorhandene Implantate
- N = nicht angelegte Zähne (fehlende Zahnkeime)

zum Behandlungsplan:

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

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																

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

Zahn-Nummer	Alter des Zahnersatzes

Bemerkungen: _____

Prognose und Behandlungsplan

1. Sind zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, kieferorthopädische oder zahnprothetische Behandlungen notwendig, vorgesehen oder angeraten oder ist in den nächsten drei Jahren mit einer Erneuerung des vorhandenen Zahnersatzes zu rechnen ? (Wenn ja, bitte nähere Angaben) [ ] ja [ ] nein _____
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

Bemerkungen: _____

_____ _____

Ort/Datum Stempel und Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes

1e.2258/10.06