

## Zusätzliche Erklärung zur Prüfung von Tarifen mit Zahnleistungen

### Hinweise

**1. Beantwortung der Fragen durch den Antragsteller bzw. Interessenten**

Wird bei Beantwortung der Fragen für Tarife mit Zahnleistungen im Krankenversicherungsantrag / Angebotsanforderung angezeigt, dass mehr als zwei Zähne fehlen und/oder dass Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen sowie kieferorthopädische Behandlungen angeraten oder beabsichtigt sind, so sind immer die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. prüft dann anhand dieser Angaben, ob und zu welchen Bedingungen Tarife mit Zahnleistungen möglich sind.

**2. Beantwortung der Fragen durch den Zahnarzt**

Wird im Krankenversicherungsantrag der Erlass der Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beantragt oder wird im Einzelfall der zahnärztliche Untersuchungsbericht von der uniVersa Krankenversicherung gewünscht, sind die nachfolgenden Fragen vom Zahnarzt zu beantworten. Die Kosten für die Untersuchung trägt der Antragsteller bzw. Interessent.

Name des Antragstellers/ Interessenten: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_ Antrag / Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_

Pers. 1	Vorname
---------	---------

Pers. 2	Vorname
---------	---------

**1. Wann war der letzte Zahnarztbesuch?**

Pers.	Mon./Jahr	Name und Anschrift des Zahnarztes
1		
2		

**2. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?**

Pers.	Behandlungen / Maßnahmen	Behandlung abgeschlossen? ja / nein
1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**3. Bitte kreuzen Sie im nachstehenden Zahnschema an, welche Zähne fehlen, die nicht ersetzt sind.**

Pers. Oberkiefer rechts

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Oberkiefer links

Unterkiefer rechts

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Unterkiefer links

Pers. Oberkiefer rechts

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Oberkiefer links

Unterkiefer rechts

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Unterkiefer links

**4. Bei fehlenden Zähnen: Besteht Lückenschluss aufgrund kieferorthopädischer Behandlung?**

Pers.	ja / nein	Lückenschluss besteht bei folgenden fehlenden Zähnen (Nr. aus Zahnschema angeben)
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**5. Wird Zahnersatz getragen?**

(Brücken, Implantate, Kronen, Prothesen, Provisorien etc.)

Pers.	ja / nein	Wann wurde der Zahnersatz eingesetzt?
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**6. Verursachen vorhandener Zahnersatz oder Zahnfüllungen Beschwerden? Liegen Zahnfleischerkrankungen vor?**

Pers.	ja / nein	Was liegt vor?
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**7. Sind Zahnbehandlungs-/Zahnersatz-, Parodontose-, oder kieferorthopädische Maßnahmen angeraten oder beabsichtigt?**

Pers.	ja / nein	Angeraten oder beabsichtigte Maßnahmen
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Beantwortung der Fragen durch den Antragsteller/ Interessenten

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust meiner Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Beantwortung der Fragen durch den Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers bzw. Interessenten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der mitzuversichernden Personen über 16 Jahre)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

# Angaben zu den Gebissverhältnissen durch den Zahnarzt

bei Kindern im Alter von 6 bis 16 Jahren

Bitte verwenden bei nachträglichem Einschluss von Tarifen mit Zahnleistungen in eine bestehende Krankenversicherung. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. prüft anhand dieser Angaben, ob und zu welchen Bedingungen der Einschluss von Tarifen mit Zahnleistungen möglich ist. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller.

Name des Antragstellers / Interessenten: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_ Antrag / Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_

Pers. 1	Vorname
------------	---------

Pers. 2	Vorname
------------	---------

1. **Wann** war der letzte Zahnarztbesuch?

Pers.	Mon./Jahr	Name und Anschrift des Zahnarztes
1		
2		

2. **Welche Behandlungen** wurden durchgeführt?

Pers.	Behandlungen / Maßnahmen	Behandlung abgeschlossen? ja / nein
1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. Besteht bei dem/r Patienten/in ein **Engstand** im Milch- oder Wechselgebiss?

Pers.	ja / nein	Was liegt vor?
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

4. Bestehen **Kieferfehlstellungen**, wie z.B. offener Biss, Kreuzbiss, Kieferkompressionen, maxilläre oder mandibuläre Prognathie?

Pers.	ja / nein	Wenn ja, welche?
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

5. Bestehen **Zahnfehlstellungen**, wie z.B. Zahnrotationen, Zahnkippen, Zahnverlagerungen?

Pers.	ja / nein	Wenn ja, welche?
1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

6. Sind Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzmaßnahmen angeraten oder beabsichtigt?

Pers.	Angeratene oder beabsichtigte Maßnahmen	ja / nein
1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>