

Hinweis an Patientin/Patient:

Bitte befüllen Sie alle Felder, die mit einem roten **X** versehen sind auf Seite 1 und 2.

X

Bitte tragen Sie hier Name und Anschrift des Zahnarztes ein.

Anforderung von zahnmedizinischen Auskünften und Unterlagen

X

Zur Überprüfung von Leistungsansprüchen benötigt die ERGO Versicherung AG zahnmedizinische Auskünfte und Unterlagen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen „Zahnmedizinische Auskünfte“ auf den nächsten Seiten aus und schicken ihn mit folgenden Unterlagen an mich zurück.

X

Bitte tragen Sie hier Name und Anschrift der Patientin/ des Patienten ein.

Benötigte Unterlagen:

- Röntgenaufnahmen, in denen die betroffene Region ersichtlich ist in auswertbarer Form mit Aufnahmedatum

Herzlichen Dank und mit freundlichen Grüßen

X
Vorname Nachname

Bitte tragen Sie hier Name und Anschrift der Patientin/ des Patienten ein.

Zahnmedizinische Auskünfte

Patientin/Patient
 Geboren am
 Versicherungsbeginn

1. Seit wann ist die Patientin/ der Patient bei Ihnen in Behandlung?

2. Wann haben Sie erstmals einen behandlungsbedürftigen Befund zum gegenständlichen Zahn/den gegenständlichen Zähnen festgestellt?

3. Wann haben Sie der Patientin/ dem Patienten zum ersten Mal geraten, diese/n behandeln zu lassen?

4. Bitte tragen Sie für die betroffene Region den letztgültigen Befund vor dem ein. Hinweis: Versicherungsbeginn
 Bitte setzen Sie Kreuze, wo zutreffend; Mehrfachnennung möglich:

Oberkiefer

| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Fehlend | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zerstört, nicht erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erkrankt, erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kariös | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krone vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implantat vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brückenglied vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstiges | | | | | | | | | | | | | | | | |

Unterkiefer

| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Fehlend | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zerstört, nicht erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erkrankt, erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kariös | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krone vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implantat vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brückenglied vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstiges | | | | | | | | | | | | | | | | |

Patientin / Patient
 Geboren am
 Versicherungsbeginn

5. Wie lautet der erhobene Befund vor der gegenständlichen Behandlung?
 Bitte setzen Sie Kreuze, wo zutreffend; Mehrfachnennung möglich:

Oberkiefer

| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Fehlend | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zerstört, nicht erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erkrankt, erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kariös | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krone vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implantat vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brückenglied vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstiges | | | | | | | | | | | | | | | | |

Unterkiefer

| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Fehlend | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zerstört, nicht erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erkrankt, erhaltungswürdig | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kariös | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krone vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implantat vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brückenglied vorhanden | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstiges | | | | | | | | | | | | | | | | |

6. Wurde der gegenständliche Zahn/die Zähne in Ihrer Praxis entfernt? ja nein
 Wenn ja, wann? Wenn nein, seit wann fehlt der gegenständliche Zahn / die Zähne?

7. Wurde die Patientin / der Patient von einem anderen Zahnarzt zur weiteren Behandlung an Sie überwiesen? ja nein
 Wenn ja, teilen Sie der ERGO Versicherung AG bitte den Namen und die Anschrift mit.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Zahnarzt