



Zahnärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenversicherung

Patient / Patientin: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Z 1. Fanden in den letzten 5 Jahren zahnärztliche Untersuchungen oder Behandlungen statt (inklusive Zahnvorsorge / Routinecheck)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Z 2. Erfolgt zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? <input type="checkbox"/> Zahnbehandlung _____ <input type="checkbox"/> Zahnersatz _____ <small>(ggf. Heil- und Kostenplan beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Z 3. Tragen Sie eine Vollprothese (Ober- und / oder Unterkiefer)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Z 4. Haben Sie mehr als zwei fehlende Zähne (fehlende Weisheitszähne und Lückenschluss sind nicht zu berücksichtigen) und / oder tragen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz (jeder durch diese Form versorgte Zahn ist als fehlender Zahn zu zählen)? Wenn ja, bitte Gesamtzahl angeben: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Z 5. Haben Sie mehr als 8 überkronte Zähne, Brückenglieder oder Implantate? Wenn ja, bitte Gesamtzahl angeben: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Z 6. Besteht oder bestand in den letzten zwei Jahren eine ärztlich festgestellte Zahnbetterkrankung (z.B. Parodontose)? Wenn ja, bitte aktuellen Parodontalstatus einreichen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Z 7. Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen Kiefergelenksbeschwerden statt (z.B. Knirscherschiene)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift der Zahnarztpraxis