



ZAHN-ZUSATZ-  
VERSICHERUNG

MACHT STARK.

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG  
Prinzregentenplatz 9, 81675 München  
Telefon +49 (0) 89 41 24-02, Fax +49 (0) 89 41 24-25 25  
E-Mail [service@ARAG.de](mailto:service@ARAG.de)

Weitere Informationen durch

**DentalPro  
Tarife, die  
Sie lächeln  
lassen.**

[www.ARAG.de](http://www.ARAG.de)

# Für gute Zähne kräftig zuzahlen? Es geht auch anders.

## ZAHN-ZUSATZVERSICHERUNG

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung haben Sie beim Zahnersatz nur noch Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse. Selbst bei der kassenärztlichen Grund- oder Regelversorgung müssen Sie zwischen 35 und 50 % der Kosten selbst aufbringen. Bei teuren Implantaten werden Sie sogar noch stärker zur Kasse gebeten. Doch es geht auch anders.



### Niedrige Beiträge für effektive Kostenbegrenzung.

Mit ARAG DentalPro Z100 und Z70 können Sie schon mit geringen Monatsbeträgen sicherstellen, dass Sie für Zahnbehandlungen (nur Z100), Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie je nach Tarif entweder gar nichts oder maximal 30 % bezahlen. Diese hohen Erstattungen sind Ihnen auch dann sicher, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihre Leistungen weiter kürzt.

### Beispielhafte Beiträge.

	ARAG DentalPro Z100	ARAG DentalPro Z70
Mann, 25 Jahre	15,49 Euro	9,37 Euro
Frau, 25 Jahre	21,36 Euro	12,88 Euro
Kinder, 0-15 J.	7,17 Euro	5,75 Euro

Beiträge monatlich, Stand 7.2005

### Beispielrechnungen in Euro

Befund: Einzelzahnücke

Zahnersatzversorgung durch	Brücke (Regelversorgung)	Voll verbundene Brücke (Hochwertige Ausführung)	Implantat
<b>Gesamtkosten</b>	<b>700,00</b>	<b>1.000,00</b>	<b>1.600,00</b>
Festzuschuss GKV	350,00	350,00	350,00
<b>Ihre Kosten ohne DentalPro Z100</b>	<b>350,00</b>	<b>650,00</b>	<b>1.250,00</b>
<b>− Ihre Ersparnis mit DentalPro Z100</b>	350,00	450,00	930,00
<b>= Ihre Kosten mit DentalPro Z100</b>	<b>0,00</b>	<b>200,00</b>	<b>320,00</b>

# Die Leistungen – klipp und klar.

## ZAHN-ZUSATZVERSICHERUNG

### Schöne Zähne sind wieder bezahlbar.

ARAG DentalPro wurde speziell für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) entwickelt. Die Leistungen beziehen sich auf medizinisch notwendige Maßnahmen durch Ärzte mit Kassenzulassung.

#### ■ Privatärztliche Rechnungen

- sind erstattungsfähig, wenn sie
  - auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) basieren und
  - Maßnahmen betreffen, die nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung mit der GKV abgerechnet werden können.

#### ■ Versicherungsschutz mit „Anlauf“

Im 1. Jahr stehen Ihnen Leistungen von 500 Euro zur Verfügung (Z70: 400 Euro), im 2. Jahr 1.000 Euro (Z70: 800 Euro), danach und generell bei Unfall gibt es keine Begrenzung.

Maßgebend sind für alle Leistungen neben dem jeweiligen Tarif die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung MB/KK 94 und die Tarifbedingungen.

### Kostendeckung inklusive Leistungen der GKV.

Leistungsart	Leistungsdetails	DentalPro Tarif Z100	DentalPro Tarif Z70
<b>Zahnbehandlung</b>	inklusive professioneller Zahnreinigung, Versiegelung der Kauflächen	100 %	-
<b>Zahnersatz standard (Rechnungen ohne GOZ-Anteile)</b>	Prothesen, Brücken, Kronen etc. – im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung	100 %	70 %
<b>Zahnersatz extra</b>	Über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung, z.B. mit Implantaten, Onlays, vollverblendeten Kronen etc.	80 %	70 %
<b>Inlays</b>	Einlagefüllungen aus Kunststoff, Gold oder Keramik	80 %	70 %
<b>Kieferorthopädie</b>	medizinisch notwendige Behandlungen bei Kindern und Erwachsenen, wenn die GKV keine Leistungen erbringt	80 %	70 %



# Wir möchten Ihnen viel ersparen.

ZAHN-ZUSATZVERSICHERUNG

## Jetzt aktiv werden.

Schützen Sie sich ab sofort mit geringen Beiträgen vor hohen Selbstkosten im zahnärztlichen Bereich. Der Moment ist günstig. Denn egal, welche Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung folgen, mit ARAG DentalPro Z100 und Z70 sind Ihnen die tariflichen Prozentsätze sicher.

## ARAG Rechtsschutz – in jedem Fall Ihr gutes Recht.

In der Zahnmedizin geht bekanntlich nicht immer alles glatt. Sind Sie für den Fall einer rechtlichen Auseinandersetzung gut gerüstet? Durch den ARAG Individual-Rechtsschutz stehen wir mit unserer ganzen Rechtskompetenz und Kapitalkraft an Ihrer Seite. Ganz gleich, ob Sie wegen eines Kunstfehlers rechtliche Schritte unternehmen oder in Angelegenheiten des Familien-, Arbeits- und Wohnrechts.

Mit ARAG DentalPro und ARAG Rechtsschutz haben Sie gut lächeln.



# ARAG DentalPro

Zahn-Zusatzversicherung nach den Tarifen Z100/Z70

Neuantrag  Änderungsantrag, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen den Abschluss/die Änderung einer Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG.

**Eine Versicherung nach den Tarifen Z100/Z70 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.**

Versicherungsnehmer, Antragsteller	<input type="checkbox"/> Herr Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Nationalität <input type="checkbox"/> led.
	<input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> verh.
	Straße, Haus-Nummer		Adresszusatz
	PLZ	Wohnort	Telefon
	E-Mail	Fax	
Berufsart	<input type="checkbox"/> Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche		
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger		

Beitragszahlung	<input type="checkbox"/> Ich wünsche die <b>widerrufliche Abbuchung</b> meiner Beiträge von folgendem Konto		<input type="checkbox"/> Ich wünsche Überweisung
	Geldinstitut mit genauer Anschrift		Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller
	Bankleitzahl	Konto-Nr. (kein Sparkonto)	Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller
Abbuchung	<input type="checkbox"/> zum 01. eines Monats <input type="checkbox"/> zum 15. eines Monats		

Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährlich (4 % Skonto)	<input type="checkbox"/> ½-jährlich (2 % Skonto)	<input type="checkbox"/> ¼-jährlich	<input type="checkbox"/> monatlich
---------------	--	--	-------------------------------------	------------------------------------

Person 1	<input type="checkbox"/> Herr Name, Vorname, Titel (wenn nicht zugleich Antragsteller)	Geburtsdatum	Nationalität <input type="checkbox"/> led.	
	<input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> verh.	
Berufsart	<input type="checkbox"/> Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche	Tarif <input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag Euro
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger			
Person 2	<input type="checkbox"/> Herr Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Nationalität <input type="checkbox"/> led.	
	<input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> verh.	
Berufsart	<input type="checkbox"/> Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche	Tarif <input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag Euro
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger			
Person 3	<input type="checkbox"/> Herr Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum	Nationalität <input type="checkbox"/> led.	
	<input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> verh.	
Berufsart	<input type="checkbox"/> Angestellter Derzeit ausgeübter Beruf und Branche	Tarif <input type="checkbox"/> Z100 <input type="checkbox"/> Z70	Tarifbeitrag Euro	Zuschlag Euro
	<input type="checkbox"/> Selbstständiger			

Versicherungsbeginn und Gesamtbeitrag	Versicherungsbeginn (zugleich Monat der Beitragsfähigkeit)	Datum	Monatlicher Gesamtbeitrag Euro
		0 1 2 0 0	inkl. evtl. Zuschläge

Fragen an die zu versichernden Personen	1. Besteht Versicherungsschutz in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse?	Name der Krankenkasse			
	Person 1	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Person 2	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	Person 3	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	2. a) Werden derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierung oder Parodontose durchgeführt oder sind solche notwendig, angedeutet oder beabsichtigt? Wenn ja, ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A804 – erforderlich.	Person 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Person 3	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	b) Anzahl der <b>fehlenden, nicht ersetzten Zähne</b> (ohne Milch- oder Weisheitszähne, ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben) und/oder Anzahl der <b>durch Prothesen ersetzten Zähne</b> (herausnehmbarer Zahnersatz):	Person 1	<input type="checkbox"/> keine Anzahl*	Person 2	<input type="checkbox"/> keine Anzahl*
		Person 3	<input type="checkbox"/> keine Anzahl*		
	*) Bei 1-4 Zähnen erkläre ich mich mit einem Beitragszuschlag von 10% je Zahn auf die Tarife Z100 und Z70 einverstanden. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn die Frage 2. a) mit nein beantwortet wurde.				
	Person 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 3
Ab 5 Zähnen ist ein aktueller zahnärztlicher Befundbericht – Art.-Nr. A804 – erforderlich.					

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Ziffern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Falls der Antragsteller gewisse Angaben dem Vertriebspartner gegenüber nicht machen möchte, so kann er diese gegenüber dem Vorstand ARAG Krankenversicherung unmittelbar schriftlich nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von acht Tagen erfolgen. Beachten Sie auch den Abschnitt „Erklärungen“ der Schlusserklärung auf der Rückseite.

**Wichtig für den Antragsteller/ die versicherten Personen**  
 Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen. Diese Erklärung enthält Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Diese sind wichtige Bestandteile des Versicherungsvertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärung zum Inhalt dieses Antrages. Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen. Sie willigen ein, dass über Sie Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden können. Hierzu werden Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma InFoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden übermittelt. Sie können dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformation in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) ohne Angabe von Gründen widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Zahlung durch Bankeinzug nach Annahmeerklärung durch den Versicherer die erste Monatsprämie auch vor Ablauf meiner Widerspruchsfrist eingezogen werden darf. Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Unterschriften (Vor- und Zunamen)	Ort, Datum	Antragsteller	mit zu versichernde volljährige Person bzw. gesetzlicher Vertreter	Vertriebspartner

# Schlussklärung des Antragstellers/der zu versichernden Personen und wichtige Hinweise

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

Der Krankenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres möglich.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

## Erklärungen

Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, der ARAG Krankenversicherungs-AG umgehend schriftlich anzuzeigen.

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zu Stande kommt, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen und die Verbraucherinformationen – die alle Bestandteil des Vertrages werden – vorliegen und die Widerspruchsfrist abgelaufen ist. Der Vertrag wird rückwirkend zum Zeitpunkt des Zugangs des Versicherungsscheins wirksam.

## Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

## Einwilligungsklausel

Ich willige ferner ein, dass die Gesellschaft im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und den Verband der Privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gesellschaften des ARAG Konzerns meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vertriebspartner weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertriebspartner dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vertriebspartner meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten

darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

## Ergänzende Verbraucherinformation

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren – bei unveränderter Kostensituation – auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, die auch zukünftig nicht ausgeschlossen werden können. Das Ausmaß wird dabei u. a. vom Stand der Forschung und Entwicklung im medizinischen Bereich, aber auch von der allgemeinen Lohnentwicklung sowie von der durchschnittlichen Lebenserwartung abhängen und kann heute noch nicht sicher prognostiziert oder kalkulatorisch berücksichtigt werden.

Durch das Zusammenwirken mehrerer der oben beschriebenen Faktoren können die erforderlichen Beitragssteigerungen, die zur Erfüllung der tariflichen Leistungszusage auf das jeweils erreichte Alter bezogen werden müssen, speziell für ältere Versicherte auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen.

Um eine mögliche Belastung im Alter zu begrenzen, wurden daher auch von uns bereits Vorkehrungen getroffen: Mit zusätzlichen Rückstellungen aus Überschüssen werden Anwartschaften auf Beitragsermäßigungen im Alter finanziert. Gegebenenfalls können Sie auch durch den Wechsel in eventuell leistungsschwächere Tarife den Beitrag reduzieren.

Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt es sich, bis zur Annahme Ihres Antrags die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Bitte fragen Sie uns bei Unklarheiten oder Verständnisfragen zu Ihrer Versicherung. Wir helfen Ihnen gerne weiter. Sollte es dennoch einmal Grund zur Beschwerde geben, können Sie sich auch an folgende Stellen wenden

- Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Leipziger Straße 104, 10117 Berlin, Telefon (0 180) 25 50 444 (0,06 Euro je Gespräch), E-Mail [info@pkv-ombudsmann.de](mailto:info@pkv-ombudsmann.de)  
Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Um einer möglichen Beitragsbelastung im Alter vorzubeugen, können Sie zusätzlich auch selbst Vorsorge treffen: In jungen Jahren ermöglichen bereits geringe Sparbeiträge eine beachtliche Kapitalreserve für das Alter. Wir bieten Ihnen z. B. die Möglichkeit, in Form einer Kapitallebens- oder Rentenversicherung bei der ARAG Lebensversicherungs-AG individuell vorzusorgen.

## Versicherungsträger

ARAG Krankenversicherungs-AG,  
Prinzregentenplatz 9, 81675 München  
Telefon +49 (0) 89 41 24-02, Fax +49 (0) 89 41 24-25 25  
E-Mail [service@ARAG.de](mailto:service@ARAG.de)

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Gerhard Bilsing, Wolfgang Brunner, Johannes Kreutz, Werner Nicoll

Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

Dresdner Bank AG München (BLZ 700 800 00) 5 644 604 00

Postbank München (BLZ 700 100 80) 101 10-800

Weitere Informationen durch



Bitte zurück an

ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 860129 · 81628 München

ARAG  
Krankenversicherungs-AG  
Prinzregentenplatz 9  
81675 München

ARAG Kranken-  
versicherungs-AG

Prinzregentenplatz 9  
81675 München

oder per Fax 089 / 41 24 - 25 25

# Zahnärztlicher Befundbericht

(Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs- / Antrags-Nr.

Name, Vorname  Geb.-Datum

Anschrift

<b>Behandlungsplan</b>	R																	L
<b>Befund</b>																		
		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	
<b>Befund</b>																		
<b>Behandlungsplan</b>																		

### Befund

- f = fehlende Zähne
- e = ersetzte Zähne
- b = Brückenglied
- k = überkronte Zähne
- ) ( = Lücke geschlossen
- s = sanierungsbedürftige Zähne
- z = zerstörte Zähne
- c = kariöse Zähne
- i = Implantat
- y = Inlay
- T = Konus-/Teleskopkrone

Welche Maßnahmen sind erforderlich/geplant?  
Bitte den Behandlungsplan in o.g. Schema eintragen.

### Behandlungsplan

- E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen
- T = Konus-/Teleskopkrone
- K = Vollgusskrone
- B = Vollgussbrückenglied
- V = Kunststoffverblendung
- I = Inlay
- M = Keramikverblendung
- F = Füllung
- i = Implantat
- TK = Teilkkrone

Sonstige zahnärztliche Maßnahmen erforderlich/geplant?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes