

Leistungs-Check up zur Zahn-Zusatzversicherung. Welche zahnmedizinische Versorgung ist mir wichtig?

Gute Zahn-Zusatzversicherungen gibt es viele. Aber welche leistet genau für die Dinge, die Ihnen wichtig sind und verzichtet nach Möglichkeit auf die Leistungen, die für Sie unwichtig sind. Mit dieser kurzen Checkliste können wir die für Sie passende Zahn-Zusatzversicherung unter allen deutschen Krankenversicherungen herausfinden.



Zahnersatz Leistungen bei Zahnersatz sind mir ...	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein? (Angabe in % des Rechnungsbetrages)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, ohne Leistungskürzung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keramische Verblendungen für alle Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsanalytische u. -therapeutische Leistungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preis-/Leistungsverzeichnis nicht vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompositfüllungen, Plastische Füllungen, Kunststofffüllungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnbehandlungen nach GOZ erstattungsfähig? (Keine Begrenzung auf bestimmte Behandlungen, z.B. Wurzelbehandlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur und Hypnose zur Schmerzbehandlung (Zahnbehandlung) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollnarkose im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ - 3,5-fach)? (Auch dann, wenn Anspruch bei der GKV besteht und unabhängig davon, ob Kosten-erstattungs- oder Sachleistungsprinzip vereinbart ist.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kieferorthopädie Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ...	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV nicht leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 1 und 2) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restkosten für Kieferorthopädische Maßnahmen bei Kindern bis 18 Jahre, wenn die GKV leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 3 bis 5) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parodontose Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ...	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkfunktionsdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System) Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecorder) <u>Hinweis:</u> Bei einigen Patienten stimmt der Biss nicht, d.h. Ober- und Unterkiefer passen entweder nach zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder eben einfach von Natur aus nicht zusammen. Bei etwa 5% der Betroffenen werden hierdurch Folgeerkrankungen, wie Gesichtsschmerzen, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Verspannungen und Blockierungen, Schwindel, Tinnitus, ADHS oder Knacken und Knirschen mit Verlust an Zahnschmelz verursacht. Die genaue Kieferfunktionsanalyse mittels DIR-System und/oder Freecorder liefert die notwendige Grundlage um eine erfolgversprechende Therapie einleiten zu können. Die Kosten hierfür werden <u>nicht</u> von der GKV übernommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ...			
CMD / DIR-System und Freecorder erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIR-Schiene erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen dieser Maßnahme erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Laserbehandlung	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser bei Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung und Zahnchirurgie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ 3,5-fach)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzten Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel in höhere oder niedrigere Leistungsstufen, ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Wartezeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherer verzichtet auf Kündigungsrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragen	
Erfolgt zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? Wenn ja, bitte Heil- und Kostenplan einreichen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Zahnlücken? (fehlende Weisheitszähne und Lückenschluss sind nicht zu berücksichtigen) Wenn ja, bitte Gesamtzahl angeben: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie überkronte Zähne, Brücken-/Prothesenglieder oder Implantate? Wenn ja, bitte Gesamtzahl angeben: _____ (Hinweis: 1 Brücke bestehend aus 2 Kronen und 1 Brückenglied = 3)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht oder bestand in den letzten 2 Jahren eine ärztlich festgestellte Zahnbett-erkrankung (z.B. Parodontose) ? Wenn ja, bitte aktuellen Parodontalstatus einreichen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ich bitte um Erstellung eines entsprechenden Angebotes.

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift