

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



<b>Vorname, Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Datum</b>

<b>Zahnersatz</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
<b>Leistungen bei Zahnersatz sind mir ...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein? (Angabe in % des Rechnungsbetrages)	<input type="checkbox"/> bis 50 % <input type="checkbox"/> 50 -70 % <input type="checkbox"/> höher als 70%		
Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein?	<input type="checkbox"/> keine Vorgabe <input type="checkbox"/> bis 80 % <input type="checkbox"/> bis 100 %		
Ist Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, <u>ohne</u> Leistungskürzung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind keramische Verblendungen für <u>alle</u> Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Verblendgrenze bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?			
Sind Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Begrenzungen für Leistungen bei Implantaten (z.B. max. 1000 Euro je Implantat oder max. 4 Implantate je Kiefer)?			
Sind Funktionsanalytische u. -therapeutische Leistungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Erstattung bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?			
Ein Preis-/Leistungsverzeichnis ist <u>nicht</u> vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
<b>Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Kompositfüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Vollschutz</b>			<b>Zahnersatz</b>			<b>Signal ZahnBASIS ZahnBASIS pur</b>
Leistungsstufen			Leistungsstufen			
V1	V2	V3	Z1	Z2	Z3	
90%	70%	50%	90%	70%	50%	50% bei privat Zahnärztlicher Versorgung inkl. GKV Festzuschuss
bis 100%			bis 100%			Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100%
✓			✓			⊘ Keine Leistung bei Zahnarzt ohne Kassenzulassung
✓ ✓ bedingungsgemäß			✓ ✓ bedingungsgemäß			✓ ⊘ Regulierungspraxis
✓ ✓ keine			✓ ✓ keine			✓ ✓ keine
✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß
✓			✓			⊘
<b>Vollschutz</b>	<b>Zahnersatz</b>		<b>Signal ZahnBASIS ZahnBASIS pur</b>			
100%	100% bis 80 € pro Jahr		⊘			
100%	90%	70%	50%	50% bis 3,5-fach GOZ mit		

Wenn ja, welche Erstattungsregelungen sind vereinbart?		bis 3,5-fach GOZ	bis 2,3-fach GOZ	medizinisch nachvollziehbarer Begründung
Sind Zahnbehandlungen nach GOZ erstattungsfähig? Wenn ja, welche? (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"/>	✓	⊘	⊘
Ist Vollnarkose im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	✓	⊘	⊘ Sofern med. notwendig
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"/>	✓	⊘	✓ bis 3,5-fach GOZ ✓ Kostenerstattungsprinzip unzulässig

<b>Kieferorthopädie</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
<b>Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind 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"/>
Sind 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"/>
Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Vollschutz</b>	<b>Zahnersatz</b>	<b>Signal ZahnBASIS ZahnBASIS pur</b>
⊘	⊘	✓ Bis zu den Höchstsätzen der GOZ zu 50%. Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen worden sein. Angeratene oder nicht med. notwendige Behandlung ist abzulehnen.
⊘	⊘	✓
⊘	⊘	✓ Sofern medizinische Notwendigkeit besteht

<b>Parodontose</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
<b>Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Vollschutz</b>	<b>Zahnersatz</b>	<b>Signal ZahnBASIS ZahnBASIS pur</b>
✓ 100%	⊘	✓ Gem. Abschnitt „E“ der GOZ

Sind Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ 100%	⊘	✓
✓ 100%	⊘	✓

<b>Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder</b> Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkfunktionsdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System) Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecorder) <small>Hinweis: 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.</small> <b>Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ...</b>	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Sind DIR-System und Freecorder bei CMD-Therapie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind DIR-Schienen oder andere Schienen im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vollschutz	Zahnersatz			Signal ZahnBASIS ZahnBASIS pur
✓	90%	70%	50%	✓ Gem. GOZ und vorliegender medizinischer Notwendigkeit
✓	Nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme erstattungsfähig			✓
✓				✓ Gem. GOZ und vorliegender medizinischer Notwendigkeit

<b>Laserbehandlung</b> <b>Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...</b>	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Ist Laserbehandlung bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Laserbehandlung im Rahmen der 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"/>

Vollschutz	Zahnersatz			Signal ZahnBASIS ZahnBASIS pur
✓	90%	70%	50%	✓ Gem. GOZ
✓	⊘			✓ Gem. GOZ
✓	✓			✓ Zuschläge sind nur gem. GOZ bei bestimmten GOZ-Positionen berechnungsfähig

Sonstiges	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzten Zähnen? Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzter Zähne zu denen der Vertragsabschluss möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern höhere Leistungsstufen oder Tarife angeboten werden, ist ein Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und ohne neue Zahnstaffel möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet (keine altersbedingten Beitragsprüfungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird auf Wartezeiten verzichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Zahnstaffel ist vereinbart?			
Sind Sehhilfen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sonstige Leistungen versichert, die nicht dem Bereich Zahngesundheit zuzuordnen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vollschutz	Zahnersatz	Signal ZahnBASIS ZahnBASIS pur
✓ 4	✓ 4	⊘ Die Aufnahme in den Zahntarif ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Details zu den Aufnahmeleitlinien werden nicht kommuniziert.
✓	✓	⊘
✓	✓	✓ In den pur-Varianten (ohne Alterungsrückstellungen) erfolgen zu bestimmten Lebensaltern planmäßige Beitragsumstufungen
✓	✓	✓
✓	✓	✓
✓	✓	⊘
<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Rechnungsbetrag	<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Rechnungsbetrag	<u>Zahnstaffel</u> Im ersten Kalenderjahr: 01.10. bis .31.12. 250 € 01.07. bis 30.09. 500 € 01.04. bis 30.06. 750 € 01.01. bis 31.12. 1000 €  2.-4. Jahr: 2.000 € Ab dem vierten Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 2000 €
✓ 100% bis 125 € alle 2 Jahre	✓ 100% bis 125 € alle 2 Jahre	⊘
⊘	⊘	⊘

**Diese Übersicht kann die Leistungen nur stark verkürzt darstellen. Wir weisen daher ausdrücklich drauf hin, dass rechtsverbindlich nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen, Produktinformationen und etwaige Zusatzvereinbarungen des Versicherers sind!**

Vorversicherung		
Gesetzliche Krankenversicherung	Name der Krankenkasse:	
Private Zusatzversicherung	Name der Krankenversicherung:	
	Art der Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Zahn-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Krankenhaus-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Heilpraktiker / Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> Brille / Sehhilfen <input type="checkbox"/> Sonstige _____

Empfehlung des Vermittlers		
<input type="checkbox"/> Vollschutz V1	<input type="checkbox"/> Zahnersatz Z1	<input type="checkbox"/> Signal ZahnBASIS
<input type="checkbox"/> Vollschutz V2	<input type="checkbox"/> Zahnersatz Z2	Signal ZahnBASISpur
<input type="checkbox"/> Vollschutz V3	<input type="checkbox"/> Zahnersatz Z3	

- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung entsprechend der vorgenannten Empfehlung.
- Ich wünsche den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung abweichend von der vorgenannten Empfehlung. (bitte ankreuzen)
- Vollschutz V1       Zahnersatz Z1       Signal ZahnBASIS  
 Vollschutz V2       Zahnersatz Z2      Signal ZahnBASISpur  
 Vollschutz V3       Zahnersatz Z3
- Ich wünsche keine Zahn-Zusatzversicherung.

- 
- Das ausführliche Leistungsprotokoll für die gewählte Zahn-Zusatzversicherung (Württembergische/IGV-Vollschutz bzw. -Zahnersatz) habe ich erhalten. Alle Leistungspunkte wurden besprochen. Insbesondere wurde ausführlich dargestellt, ob und in welchem Umfang die in diesem Leistungs-Check up als wichtig und sehr wichtig angegebenen Leistungspunkte versichert sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift