

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



Vorname, Name	Geburtsdatum	Datum

Zahnersatz	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen bei Zahnersatz sind mir ...	<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"/>

Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...	<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"/>

DUOSchutz			DENTPower			Barmenia ZGuPlus
Leistungsstufen			Leistungsstufen			
D1	D2	D3	P1	P2	P3	
90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	90% inkl. GKV	70% Inkl. GKV	50% Inkl. GKV	85%
Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100%			Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100%			85% (Anrechnung Festzuschuss ohne Bonus)
✓			✓			✓
✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß			Bis Zahn 6 ⊘ Regulierungspraxis
✓ keine			✓ keine			✓ keine
✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß
✓			✓			✓

DUOSchutz	DENTPower	Barmenia ZGuPlus
300 Euro in zwei Kalenderjahren	200 Euro in zwei Kalenderjahren	85% Bis 85 Euro pro Versicherungsjahr
100%	100%	85%

Wenn ja, welche Erstattungsregelungen sind vereinbart?			
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"/>
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	bis 3,5-fach GOZ	bis 3,5-fach GOZ
✓	⊘	✓
✓	✓	Eingeschränkt erstattungsfähig
✓	✓	
✓	⊘	✓ bis 3,5-fach GOZ

Kieferorthopädie	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ...	<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"/>

DUOSschutz	DENTPower	Barmenia ZGuPlus
✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	⊘
✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	⊘
✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1	✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten, max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2	⊘

--	--

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

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) <i>Hinweis:</i> 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 ...			
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"/>

zum vollendeten 18. Lebensjahr Bei D2 Keine Leistung bei D3	zum vollendeten 18. Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--

DUOSchutz	DENTPower	Barmenia ZGuPlus
✓ 100%	⊘	✓ 85%
✓ 100%	⊘	⊘ 85% nur für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende Aufwendungen
✓ 100%	⊘	⊘ 85% nur für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende Aufwendungen

DUOSchutz	DENTPower	Barmenia ZGu Plus
✓	⊘	85%, wenn korrekt nach GOZ abgerechnet und bei medizinischer Notwendigkeit
✓	⊘	85%, wenn korrekt nach GOZ abgerechnet und bei medizinischer Notwendigkeit
✓	⊘	⊘

Laserbehandlung	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

DUOSchutz	DENTPower			Barmenia ZGu Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	<input checked="" type="checkbox"/> Nur erstattungsfähig, wenn keinerlei Anspruch gegenüber GKV besteht
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/> Nur erstattungsfähig, wenn keinerlei Anspruch gegenüber GKV besteht
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" 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"/>
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 Beitrags-sprünge)?	<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?			

DUOSchutz	DENTPower	Barmenia ZGu Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	4	<input checked="" type="checkbox"/> 2 und 3 fehlende Zähne, reduzierte Höchstleistungen in den ersten 3 Jahren, ab 4 fehlende Zähne Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/> Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet	<input checked="" type="checkbox"/> Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Bei ZBE ja Bei ZE90/70/50 nein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Beitragsanpassungen mit 15, 21, 36 und 51 Jahren
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz D1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Danach unbegrenzt	<u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz P1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € Danach unbegrenzt	<u>Zahnsstaffel</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 € 1.-5. Jahr: 5.000 € Leistungsbetrag

		<u>Zahnersatz D2</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € 1.-4. Jahr: 2.000 € Danach unbegrenzt	<u>Zahnersatz P2</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € 1.-4. Jahr: 2.000 € Danach unbegrenzt	
		<u>Zahnersatz D3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt	<u>Zahnersatz P3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt	
		D1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2000 €	P1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2000 €	
		D2 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 €	P2 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 €	
Sind Sehhilfen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> DUOSchutz D1	<input type="checkbox"/> DENTPower P1	<input type="checkbox"/> Barmenia ZGu Plus
<input type="checkbox"/> DUOSchutz D2	<input type="checkbox"/> DENTPower P2	
<input type="checkbox"/> DUOSchutz D3	<input type="checkbox"/> DENTPower P3	

- 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)
- DUOSchutz D1 DENTPower P1 Barmenia ZGu Plus
 DUOSchutz D2 DENTPower P2
 DUOSchutz D3 DENTPower P3
- Ich wünsche keine Zahn-Zusatzversicherung.

-
- Das ausführliche Leistungsprotokoll für die gewählte Zahn-Zusatzversicherung (Württembergische/IGV-DUOSchutz bzw. -DENTPower) 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