

**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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

<b>DUOSchutz</b>			<b>DentPower</b>			<b>Stuttgarter SMILE Zahn Premium</b>
Leistungsstufen			Leistungsstufen			
D1	D2	D3	P1	P2	P3	
90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. G%KV	90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	90 % inkl. GKV bei Zahnersatz (bei Unfall 100%) 100% bei Zahnbehandlung
Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100%			Bei Regelversorgung ohne privat Zahnärztliche Versorgung = 100%			90 % inkl. GKV bei Zahnersatz (bei Unfall 100%) 100% bei Zahnbehandlung
✓			✓			⊘ Abzug fiktiver Pauschale von 35%
✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß			⊘ Bis Zahn 6 ⊘ Regulierungspraxis
✓ keine			✓ keine			✓ keine
✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß
✓			✓			✓

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>Stuttgarter SMILE Zahn Premium</b>
300 Euro in zwei Kalenderjahren	200 Euro in zwei Kalenderjahren	100% bis max. 100 Euro pro Versicherungsjahr

Sind Kompositfüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen) erstattungsfähig? Wenn ja, welche Erstattungsregelungen sind vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

100% bis 3,5-fach GOZ	100% bis 3,5-fach GOZ	100% bis 3,5-fach GOZ
✓	⊘	✓
✓	✓	✓ bis 250 Euro p.a.
✓	✓	✓ bis 250 Euro p.a.
✓	⊘	✓

<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? (unsichtbare lose Zahnsperre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>Stuttgarter SMILE Zahn Premium</b>
✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3	✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	⊘
✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3	✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	✓ Bis Alter 21 Jahre als Einmalzahlung jeweils 250 Euro, oder 500 Euro, oder 750 Euro versicherbar
✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr	✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr	✓ Bis Alter 21 Jahre als Einmalzahlung jeweils 250 Euro, oder 500 Euro, oder 750

Ist die Lingualtechnik erstattungsfähig? (unsichtbare feste Zahnspange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Kunststoff Brackets und farblose Bögen erstattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bei D1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3	bei P1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	Euro versicherbar
✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3	✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	✓ Bis Alter 21 Jahre als Einmalzahlung jeweils 250 Euro, oder 500 Euro, oder 750 Euro versicherbar
✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3	✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	✓ Bis Alter 21 Jahre als Einmalzahlung jeweils 250 Euro, oder 500 Euro, oder 750 Euro versicherbar

<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"/>
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"/>

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>Stuttgarter SMILE Zahn Premium</b>
✓ 100%	⊘	⊘ Sofern es sich um eine zahnprophylaktische Leistung handelt
✓ 100%	⊘	✓
✓ 100%	⊘	✓

<b>Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
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"/>
<b>Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ...</b>			
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"/>

<b>Laserbehandlung</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
<b>Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...</b>	<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"/>

<b>Sonstiges</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
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"/>

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>			<b>Stuttgarter SMILE Zahn Premium</b>
✓		⊘		⊘
✓		⊘		⊘
✓		⊘		⊘

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>			<b>Stuttgarter SMILE Zahn Premium</b>
✓	90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	✓
✓		⊘		✓
✓		✓		✓

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>Stuttgarter SMILE Zahn Premium</b>
✓	✓	⊘
4	4	Leistungsausschluss 4
✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung, Zahnstaffel wird angerechnet	✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung, Zahnstaffel wird angerechnet	⊘ Für die Mehrleistungen sind die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen

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?			

		len. Auf die neue Zahnstaffel werden die bisherigen Zeiten angerechnet
Bei ZBE ja Bei ZE90/70/50 nein		
		3 Monate bei Zahnbehandlung 8 Monate bei Zahnersatz (wird verzichtet bei Einreichung eines Zahnarztberichtes ohne Auffälligkeiten)
<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>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 D3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt  <u>D1 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2.000 €	<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>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 P3</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € 1.-4. Jahr: 1.000 € Danach unbegrenzt  <u>P1 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2.000 €	<u>Zahnsstaffel</u>  11. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € 1.-3. Jahr: 3.000 € 1.-4. Jahr: 4.000 €

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"/>

<u>D2 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 €	<u>P2 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 €	
⊘	⊘	⊘
⊘	⊘	⊘

**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 <hr/>

Empfehlung des Vermittlers		
<input type="checkbox"/> DUOSchutz D1	<input type="checkbox"/> DENTPower P1	<input type="checkbox"/> Stuttgarter SMILE Zahn Premium
<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     Zahnersatz P1     Stuttgarter SMILE
  - DUOSchutz D2     Zahnersatz P2    Zahn Premium
  - DUOSchutz D3     Zahnersatz 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