

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? 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"/>

DUOSchutz			DentPower			Signal Zahn BASIS Zahn BASISpur
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	50% inkl. GKV
Bei Regelversorgung ohne privatärztliche Versorgung = 100%			Bei Regelversorgung ohne privatärztliche Versorgung = 100%			Bei Regelversorgung ohne privatärztliche Versorgung = 100%
✓			✓			⊘ Keine Leistung bei Zahnarzt ohne Kassenzulassung
✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß			⊘ Bis Zahn 6 ⊘ Regulierungspraxis
✓ keine			✓ keine			⊘ Wenn bei Vertragsabschluss Zähne fehlen, gibt es inklusive Vorleistung max. 500 Euro je Implantat Versorgung (OP/Impl./ZE/Vor und Nachbeh.) Die Begrenzungen in den ersten Jahren dürfen nicht überschritten werden
bedingungsgemäß			bedingungsgemäß			bedingungsgemäß
✓			✓			⊘

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? 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"/>

DUOSchutz	DENTPower	Signal Zahn BASIS Zahn BASISpur
300 Euro in zwei Kalenderjahren	200 Euro in zwei Kalenderjahren	⊘
100% bis 3,5-fach GOZ	100% bis 3,5-fach GOZ	50% bis 3,5-fach GOZ mit medizinisch nachvoll- ziehbarer Begründung
✓	⊘	✓
✓	⊘	⊘
✓	⊘	⊘ Sofern medizinisch notwendig
✓	⊘	✓ Bis 3,5-fach GOZ ⊘ Kostenerstattungs- prinzip unzulässig

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"/>

DUOSchutz	DENTPower	Signal Zahn BASIS Zahn BASISpur
✓ 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	✓ 50% bis zu den Höchstsätzen der GOZ Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen worden sein. Angeratene oder nicht med. notwendige Behandlung ist abzulehnen
✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D1	✓ 100% der Gesamtkosten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P1	✓ 50% bis zu den Höchstsätzen der GOZ Behandlung muss vor Vollendung des 21.

Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig? (unsichtbare lose Zahnspange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3	100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P2 Keine Leistung bei P3	Lebensjahre begonnen worden sein. Angeordnete oder nicht med. notwendige Behandlung ist abzulehnen
✓ 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	⊘ Bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit
✓ 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	⊘ Bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit
✓ 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	⊘ Bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit

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"/>

DUOSchutz	DENTPower	Signal Zahn BASIS Zahn BASISpur
✓	⊘	

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%		✓ Gem. Abschnitt „E“ der GOZ
✓ 100%	⊘	✓
✓ 100%	⊘	✓

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) CMD / DIR-System und Freecorder Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkdiagnostik 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. Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecorder sind mir ...	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

DUOSchutz	DENTPower	Signal Zahn BASIS Zahn BASISpur
✓	⊘	✓ Gem. GOZ und medizinischer Notwendigkeit
✓	⊘	✓
✓	⊘	✓ Gem. GOZ und medizinischer Notwendigkeit

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

DUOSchutz	DENTPower			Signal Zahn BASIS Zahn BASISpur
✓	90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	✓ Gem. GOZ
✓	⊘			✓ Gem. GOZ

Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ 3,5-fach)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Zuschläge sind nur gem. GOZ bei bestimmten 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?			

DUOSchutz	DENTPower	Signal Zahn BASIS Zahn BASISpur
<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> Die Aufnahme in den Zahntarif ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Details zu den Aufnahme-richtlinien werden nicht kommuniziert
<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"/> In den Pur-Varianten (ohne Alterungsrückstellungen) erfolgen zu bestimmten Lebensaltern planmäßige Beitragsumstufungen
<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>Zahnstaffel</u> m 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 €

				<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	Ab dem 5. Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 2.000 Euro begrenzt
				<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	
				<u>D1 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1500 € Danach max. 2.000 €	<u>P1 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1500 € Danach max. 2.000 €	
				<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 €	
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"/>	⊘	⊘	⊘

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"/> Signal Zahn BASIS
<input type="checkbox"/> DUOSchutz D2	<input type="checkbox"/> DENTPower P2	Zahn BASISpur
<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)
- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D1 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz P1 | <input type="checkbox"/> Signal Zahn BASIS |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D2 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz P2 | Zahn BASISpur |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D3 | <input type="checkbox"/> 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