

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 START Zahn STARTpur |
|--|---------------|---------------|--|---------------|---------------|--|
| 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 START Zahn STARTpur |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 300 Euro in zwei Kalenderjahren | 200 Euro in zwei Kalenderjahren | 50% Bis max. RB 150 Euro je Kalenderjahr (Erstattung 75 Euro) Keine PZR für Perso- nen unter 21 Jahren |
| 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 START Zahn STARTpur |
|--|--|--|
| ✓ 100% der Gesamtkos- ten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkos- ten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3 | ✓ 100% der Gesamtkos- ten max. 2000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei P1 100% der Gesamtkos- ten 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 begon- nen worden sein. Angeratene oder nicht med. notwendige Behandlung ist abzu- lehnen |
| ✓ | ✓ | ✓ |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | 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 |
| Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig? (unsichtbare lose Zahnspange) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ✓ 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 |
| Ist die Lingualtechnik erstattungsfähig? (unsichtbare feste Zahnspange) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ✓ 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 |
| Werden Kunststoff Brackets und farblose Bögen erstattet? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ✓ 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"/> |
| 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"/> |

| DUOSchutz | DENTPower | | | Signal Zahn START Zahn STARTpur |
|------------------|------------------|--|--|--|
| ✓ 100% | ⊘ | | | ✓ Gem. Abschnitt „E“ der GOZ |
| ✓ 100% | ⊘ | | | ✓ |
| ✓ 100% | ⊘ | | | ✓ |

| 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 ... | | | |
| 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 START Zahn STARTpur |
|------------------|------------------|--|--|---|
| ✓ | ⊘ | | | ✓ Gem. GOZ und medizinischer Notwendigkeit |
| ✓ | ⊘ | | | ✓ |
| ✓ | ⊘ | | | ✓ Gem. GOZ und 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"/> |

| DUOSchutz | DENTPower | | | Signal Zahn START Zahn STARTpur |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--|
| ✓ | 90% inkl. GKV | 70% inkl. GKV | 50% inkl. GKV | ✓ Gem. GOZ |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

| | | |
|--|--|--|
| | | Gem. GOZ |
| | | 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 START Zahn STARTpur |
|---|---|---|
| 4 | 4 | Die Aufnahme in den Zahntarif ist vom Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig. Details zu den Aufnahme-richtlinien werden nicht kommuniziert |
| Mit erneuter Gesundheitsprüfung, Zahnstaffel wird angerechnet | Mit erneuter Gesundheitsprüfung, Zahnstaffel wird angerechnet | |
| Bei ZBE ja Bei ZE90/70/50 nein | | In den Pur-Varianten (ohne Alterungsrückstellungen) erfolgen zu bestimmten Lebensaltern planmäßige Beitragsumstufungen |
| | | |
| | | |
| | | |
| <u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz D1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € | <u>Zahnbehandlung</u> keine Zahnstaffel <u>Zahnersatz P1</u> 1. Jahr: 1.000 € 1.-2. Jahr: 2.000 € | <u>Zahnsstaffel</u> m ersten Kalenderjahr: 01.10. bis .31.12. 250 € 01.07. bis 30.09. 500 € |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | 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: 1500 € Danach max. 2.000 € <u>D2 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 € | 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: 1500 € Danach max. 2.000 € <u>P2 Kieferorthopädie</u> 1. Jahr: 250 € 1.-2. Jahr: 500 € 1.-3. Jahr: 750 € Danach max. 1.000 € | 01.04. bis 30.06. 750 € 01.01. bis 31.12. 1000 € 2.-4. Jahr: 2.000 € Ab dem 5. Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 2.000 Euro begrenzt |
| 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 START Zahn STARTpur |
| <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)
- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D1 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz P1 | <input type="checkbox"/> Signal Zahn START |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D2 | <input type="checkbox"/> Zahnersatz P2 | Zahn STARTpur |
| <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