

**Hinweis an Patientin/Patient:** Bitte befüllen Sie alle Felder, die mit einem roten **X** versehen sind auf Seite 1 und 2.

# ERGO

**X**

Bitte tragen Sie hier Name und Anschrift des Zahnarztes ein.

## Anforderung von zahnmedizinischen Auskünften und Unterlagen

Zur Überprüfung von Leistungsansprüchen benötigt die ERGO Versicherung AG zahnmedizinische Auskünfte und Unterlagen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen „Zahnmedizinische Auskünfte“ auf den nächsten Seiten aus und schicken ihn mit folgenden Unterlagen an mich zurück.

**X**

Bitte tragen Sie hier Name und Anschrift der Patientin/des Patienten ein.

Benötigte Unterlagen:

- Datierte Nativ-Röntgenbilder im Original per Post oder datierte digitalisierte Röntgenbilder der betroffenen Region
- Kopie der Patientenkartei im Zusammenhang mit der betroffenen Region

Herzlichen Dank und mit freundlichen Grüßen

**X**

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

Bitte tragen Sie hier Name und Anschrift der Patientin/ des Patienten ein.

## Zahnmedizinische Auskünfte

Patientin/Patient
  Geboren am
   Versicherungsbeginn

1. Seit wann ist die Patientin/ der Patient bei Ihnen in Behandlung?

2. Wann haben Sie erstmals einen behandlungsbedürftigen Befund zum gegenständlichen Zahn/den gegenständlichen Zähnen festgestellt?

3. Wann haben Sie der Patientin/ dem Patienten zum ersten Mal geraten, diese/n behandeln zu lassen?

4. Welche Art der Behandlung haben Sie angeraten?

5. Bitte tragen Sie für die betroffene Region den letztgültigen Befund vor dem Versicherungsbeginn (siehe oben) ein.  
Bitte tragen Sie das Datum der Befunderhebung ein:

Bitte setzen Sie Kreuze, wo zutreffend; Mehrfachnennung möglich:

### Oberkiefer

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Fehlend																
Zerstört, nicht erhaltungswürdig																
Erkrankt, erhaltungswürdig																
Kariös																
Krone notwendig																
Krone vorhanden																
Implantat vorhanden																
Brückenglied vorhanden																
Sonstiges																

### Unterkiefer

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Fehlend																
Zerstört, nicht erhaltungswürdig																
Erkrankt, erhaltungswürdig																
Kariös																
Krone notwendig																
Krone vorhanden																
Implantat vorhanden																
Brückenglied vorhanden																
Sonstiges																

6. Wie lautet der erhobene Befund vor der gegenständlichen Behandlung?

Bitte tragen Sie das Datum der Befunderhebung ein:

Bitte setzen Sie Kreuze, wo zutreffend; Mehrfachnennung möglich:

## Oberkiefer

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Fehlend																
Zerstört, nicht erhaltungswürdig																
Erkrankt, erhaltungswürdig																
Kariös																
Krone notwendig																
Krone vorhanden																
Implantat vorhanden																
Brückenglied vorhanden																
Sonstiges																

## Unterkiefer

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Fehlend																
Zerstört, nicht erhaltungswürdig																
Erkrankt, erhaltungswürdig																
Kariös																
Krone notwendig																
Krone vorhanden																
Implantat vorhanden																
Brückenglied vorhanden																
Sonstiges																

7. Wurde der gegenständliche Zahn/die Zähne in Ihrer Praxis entfernt?

ja                      nein

Wenn ja, wann?

Wenn nein, seit wann fehlt der gegenständliche Zahn / die Zähne?

8. Wurde die Patientin / der Patient von einem anderen Zahnarzt zur weiteren Behandlung an Sie überwiesen?

ja                      nein

Wenn ja, teilen Sie der ERGO Versicherung AG bitte den Namen und die Anschrift mit.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Zahnarzt