

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



Vorname, Name	Geburtsdatum	Datum

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

DUOSchutz			DENTPower			ARAG Z50/90
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 privatzahnärztliche Versorgung = 100%			Bei Regelversorgung ohne privatzahnärztliche Versorgung = 100%			50% inkl. GKV Bei Regelversorgung ohne privatzahnärztliche Versorgung = 90%
✓			✓			✓
✓ ✓ bedingungsgemäß			✓ ✓ bedingungsgemäß			Bis Zahn 5 Regulierungspraxis
✓ ✓ keine			✓ ✓ keine			✓ Bei medizinischer Notwendigkeit ✓ Bei medizinischer Notwendigkeit
✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß
✓			✓			✓

Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
<b>Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...</b>			
Ist Zahnprophylaxe (Professionelle Zahnreinigung (PZR)) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUOSchutz		DENTPower		ARAG Z70
300 Euro in zwei Kalenderjahren		200 Euro in zwei Kalenderjahren		50% Anzahl von PZR

Sind Kompositfüllungen (dentinadhäsive Rekonstruktionen) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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"/>

		Richtet sich nach medizinischer Notwendigkeit
100% bis 3,5-fach GOZ	100%	
	bis 3,5-fach GOZ	
✓	🚫	🚫
✓	✓	🚫
✓	✓	🚫
✓	🚫	🚫

Kieferorthopädie	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
<b>Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ...</b>			
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 Zahnpange)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

DUOSschutz	DENTPower	ARAG Z70
✓ 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	✓ 70% der Aufwendungen
✓ 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	✓ 100% der Gesamtkosten, max. 2000 Euro	Bei medizinischer Notwendigkeit

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

Parodontose	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig	DUOSchutz	DENTPower	ARAG Z70
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"/>			<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" 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"/>			<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist die gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR) erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
<b>CMD / DIR-System und Freecoder</b>			
Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)			
Kiefer- u. Kiefergelenkfunktionsdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System)			
Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (FreeCoder)			
<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 Zahnsubstanz verursacht. Die genaue Kieferfunktionsanalyse mittels DIR-System und/oder FreeCoder liefert die notwendige Grundlage um eine erfolgsversprechende Therapie einleiten zu können. Die Kosten hierfür werden <u>nicht</u> von der GKV übernommen.			
<b>Leistungen für CMD-Therapie / DIR-System und Freecoder sind mir ...</b>			
Sind DIR-System und Freecoder 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>			
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 ersetzen Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzer Zähne zu denen der Vertragsabschluss			

DUOSchutz	DENTPower	ARAG Z70		
✓	🚫	🚫		
✓	🚫	🚫		
✓	🚫	🚫		
DUOSchutz	DENTPower	ARAG Z70		
✓	90% inkl. GKV	70% inkl. GKV	50% inkl. GKV	✓ Ja, entsprechend der Zuschlagsziffer 0120 aus der GOZ - Erstattung nur, wenn die Hauptleistung auch eine erstattungsfähige GOZ Ziffer ist
✓	🚫			🚫
✓	✓			✓ Ja, entsprechend der Zuschlagsziffer 0120 aus der GOZ - Erstattung nur, wenn die Hauptleistung auch eine erstattungsfähige GOZ Ziffer ist
DUOSchutz	DENTPower	ARAG Z70		
✓	✓			✓ Bis 3 fehlende Zähne

möglich ist?			
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"/>
Wird z.B. Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Zahnstaffel ist vereinbart?			
	<p><b>4</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet</p> <p><input type="checkbox"/> Bei ZBE ja Bei ZE90/70/50 nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>4</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnstaffel wird angerechnet</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>mit je 20% Zuschlag versicherbar</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Ausnahme: Personen die das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, sind von einer altersbedingten Beitragsumstellung betroffen</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>

Sind Sehhilfen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sonstige Leistungen versichert, die nicht dem Bereich Zahngesundheit zuzuordnen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 €	
🚫	🚫	🚫
🚫	🚫	🚫

**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!**

<b>Vorversicherung</b>			<b>Empfehlung des Vermittlers</b>
Gesetzliche Krankenversicherung	Name der Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> DUOSchutz D1 <input type="checkbox"/> DENTPower P1 <input type="checkbox"/> ARAG Z70
Private Zusatzversicherung	Name der Krankenversicherung:		<input type="checkbox"/> DUOSchutz D2 <input type="checkbox"/> DENTPower P2
	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	<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     ARAG Z70
  - 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