

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

Vorname, Name	Geburtsdatum	Datum



Zahnersatz	Leistungen bei Zahnersatz sind mir ...	Sehr Wichtig   Wichtig   Unwichtig			DUOSchutz		DentPower		HALLESCHE BISS 80
		D1	D2	D3	P1	P2	P3		
	Wie hoch soll die Erstattung durch die Zahn-Zusatzversicherung sein? (Angabe in % des Rechnungsbetrages)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80% wenn nicht im Rahmen der Regelversorgung jeweils inkl. Vorleistung (bei Zahnersatz: Festzuschuss und max. Bonus) der GKV und/oder anderer Kostenträger
	Wie hoch soll die Gesamterstattung - einschließlich Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung - sein?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ist Zahnersatz, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht, <u>ohne</u> Leistungskürzung erstattungsfähig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50% werden als fiktive Vorleistung angesetzt
	Sind keramische Verblendungen für <u>alle</u> Zähne (auch im Seitenzahnbereich) erstattungsfähig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bis Zahn 6
	Ist die Verblendgrenze bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Regulierungspraxis
	Sind Implantate einschließlich der Implantationskosten (augmentative Behandlung) erstattungsfähig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, 4 Implantate pro Kiefer
	Sind Funktionsanalytische u. -therapeutische Leistungen erstattungsfähig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ist die Erstattung bedingungsgemäß geregelt oder ergibt sich diese aus der Regulierungspraxis?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	bedingungsgemäß geregelt in den Tarifbedingungen Teil III
	Ein Preis-/Leistungsverzeichnis ist <u>nicht</u> vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>HALLESCHE BISS 80</b>
300 Euro in zwei Kalenderjahren	200 Euro in zwei Kalenderjahren	80% bis max. 50 Euro pro Kalenderjahr
100% bis 3,5-fach GOZ	100%	🚫
	bis 3,5-fach GOZ	
✓	🚫	🚫 Nur Inlays
✓	✓	🚫
✓	✓	🚫
✓	🚫	✓

<b>Kieferorthopädie</b> <b>Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen sind mir ...</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</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"/>

<b>DUOSchutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>HALLESCHE BISS 80</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	🚫

Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig? (unsichtbare lose Zahnpange)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist die Lingualtechnik erstattungsfähig? (unsichtbare feste Zahnpange)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/>
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 18 Lebensjahr bei D1 100% der Gesamtkosten max. 1000 Euro pro Behandlung, bis zum 18 Lebensjahr bei D2 Keine Leistung bei D3	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Parodontose</b> <b>Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ...</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Sehr Wichtig</b> <b>Wichtig</b> <b>Unwichtig</b>		
Sind Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/>	<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>CMD / DIR-System und Freecoder</b> Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) Kiefer- u. Kiefergelenkdiagnostik mittels Bewegungsregistrierung (DIR-System) Optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- u. Kiefergelenkbewegungen (Freecoder) Hinweis: 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 erfolgversprechende 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?
Sind DIR-Schienen oder andere Schienen im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?
Sind Leistungen des Zahntechnikers im Rahmen der CMD-Therapie erstattungsfähig?

<b>Laserbehandlung</b> <b>Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...</b>
Ist Laserbehandlung bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie erstattungsfähig?
Ist Laserbehandlung im Rahmen der Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung und Zahnchirurgie erstattungsfähig?
Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ 3,5-fach)?

<b>Sonstiges</b>
Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzen Zähnen?
Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzer Zähne zu denen der Vertragsabschluss möglich ist?
Sofern höhere Leistungsstufen oder Tarife angeboten werden, ist ein Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und ohne neue Zahnstaffel möglich?
Auf altersabhängige Beitragsanpassungen wird verzichtet (keine altersbedingten Beitrags sprünge)?

Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUOSchutz	DENTPower	HALLESCHE BISS 80
✓	✗	✗
✓	✗	✓
✓	✗	✓

DUOSchutz	DENTPower	HALLESCHE BISS 80
✓	90% inkl. GKV	70% inkl. GKV
✓	✗	✗
✓	✓	✗

DUOSchutz	DENTPower	HALLESCHE BISS 80
✓	✓	✗
4	4	2
✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung, Zahnstaffel wird angerechnet	✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung, Zahnstaffel wird angerechnet	✗
✗ Bei ZBE ja	✗	✓

Wird auf Wartezeiten verzichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Zahnstaffel ist vereinbart?		
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"/>

Bei ZE90/70/50 nein		
✓	✓	✗
✓	✓	✓
✓	✓	✗
<u>Zahnbehandlung</u> <u>keine Zahnstaffel</u> <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> <u>keine Zahnstaffel</u> <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>Zahnsstaffel</u> 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € 1.-4. Jahr: 3.000 € 1.-5. Jahr: 5.000 €  unbegrenzt ab dem 6. Kalenderjahr
<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	
<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 €	
✗	✗	✗
✗	✗	✗

**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>		
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

<b>Empfehlung des Vermittlers</b>		
<input type="checkbox"/> DUOSchutz D1	<input type="checkbox"/> DENTPower P1	<input type="checkbox"/> Hallesche BISS 80

- 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       Hallesche BISS 80
    - DUOSchutz D2       Zahnersatz P2
    - 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