

**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			Hanse Merkur EZ+EZT+EZP	
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	90% inkl. GKV	
Bei Regelversorgung ohne privatzahnärztliche Versorgung = 100%			Bei Regelversorgung ohne privatzahnärztliche Versorgung = 100%			90% inkl. GKV bzw. 100% inkl. GKV, wenn ausschließlich Regelversorgung in Anspruch genommen wird	
✓			✓			✗	
						Bei fehlender Vorleistung wird lediglich eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40% angesetzt	
✓			✓			Bis Zahn 6	
✓			✓			✗ Regulierungspraxis	
✓			✓			✓	
✓			✓			✗ Max. 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer	
bedingungsgemäß			bedingungsgemäß			✓ bedingungsgemäß	
keine			keine			✗	
✓			✓			✓ bedingungsgemäß	
✓			✓			✗	

<b>Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>
<b>Leistungen für Vorsorge/Prophylaxe und Zahnbehandlungen sind mir ...</b>	<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?	<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>Hanse Merkur EZ+EZT+EZP</b>
300 Euro in zwei Kalenderjahren	200 Euro in zwei Kalenderjahren	50 Euro pro Kalenderjahr
100% bis 3,5-fach GOZ	100%	90% inkl. GKV bis 3,5-fach GOZ
	bis 3,5-fach GOZ	🚫 Für die Erstattung muss eine Vorleistung der GKV vorliegen
✓	🚫	✓ Ersetzt werden die zusätzlichen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion)
✓	✓	🚫
✓	✓	🚫
✓	🚫	✓ bis 3,5-fach GOZ

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

<b>DUOSschutz</b>	<b>DENTPower</b>	<b>Hanse Merkur EZ+EZT+EZP</b>
✓ 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	🚫

wenn die GKV leistet (Kieferindikationsgruppen KIG 3 bis 5) erstattungsfähig?		<input checked="" type="checkbox"/>						
Sind Invisalign-Behandlungen erstattungsfähig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Parodontose</b> <b>Leistungen für Parodontosebehandlungen sind mir ...</b>	<b>Sehr Wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Unwichtig</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sind Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)</b> <b>CMD / DIR-System und Freecoder</b>	<b>Sehr Wichtig</b> <input type="checkbox"/> <b>Wichtig</b> <input type="checkbox"/> <b>Unwichtig</b> <input type="checkbox"/>
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 einzuleiten 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>Leistungen für Laserbehandlungen sind mir ...</b>	<b>Sehr Wichtig</b> <input type="checkbox"/> <b>Wichtig</b> <input type="checkbox"/> <b>Unwichtig</b> <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 Zahncirurgie 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"/>

DUOSchutz	DENTPower	Hanse Merkur EZ+EZT+EZP
		 Funktionsanalyse und -Diagnostik gelten als Zahnersatz, daher entsprechende Erstattung
		 Schienen gelten als Zahnersatz, daher entsprechende Erstattung
DUOSchutz	DENTPower	Hanse Merkur EZ+EZT+EZP
	90% inkl. GKV 70% inkl. GKV 50% inkl. GKV	 Zuschlag für Laserbehandlung (Gebührenziffer 0120) kann abgerechnet werden, aber nur für bestimmte und fest definierte Leistungen
		 Zuschlag für Laserbehandlung (Gebührenziffer 0120) kann abgerechnet werden, aber nur für bestimmte und fest definierte Leistungen

Sonstiges	Sehr Wichtig	Wichtig	Unwichtig	DUOSchutz	DENTPower	Hanse Merkur EZ+EZT+EZP
Keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge bei fehlenden/nicht ersetzen Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ 4	✓ 4	🚫 Leistungsausschluss Max. 3 fehlende Zähne
Maximale Anzahl fehlender und nicht ersetzer Zähne zu denen der Vertragsabschluss möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnestaffel wird angerechnet	✓ Mit erneuter Gesundheitsprüfung. Zahnestaffel wird angerechnet	🚫
Sofern höhere Leistungsstufen oder Tarife angeboten werden, ist ein Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Wartezeiten und ohne neue Zahnestaffel möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	🚫 Bei ZBE ja Bei ZE90/70/50 nein	🚫	✓ Ausnahme Sprung Kinder-Jugendliche/ Jugendliche mit 1. Erwachsenenbeitrag
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"/>	✓	✓	✓
Gibt es eine Patientenbescheinigung zur Vorlage beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓	✓	🚫
Welche Zahnestaffel ist vereinbart?				Zahnbehandlung keine Zahnestaffel  <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>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	Zahnbehandlung keine Zahnestaffel  <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>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	Zahnsstaffel  Insgesamt 600 EUR bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres Insgesamt 1200 EUR bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres Insgesamt 1800 EUR bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres Insgesamt 2400 EUR bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres Unbegrenzt ab dem 5. Versicherungsjahr

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"/>

D1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2000 €	P1 Kieferorthopädie: 1. Jahr: 500 € 1.-2. Jahr: 1.000 € 1.-3. Jahr: 1.500 € Danach max. 2000 €
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>		
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"/> DUOSchutz D2 <input type="checkbox"/> DUOSchutz D3	<input type="checkbox"/> DENTPower P1 <input type="checkbox"/> DENTPower P2 <input type="checkbox"/> DENTPower P3	<input type="checkbox"/> Hanse Merkur EZ+EZT+EZP

- 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"/> DENTPower P1 | <input type="checkbox"/> Hanse Merkur EZ+EZT+EZP |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D2 | <input type="checkbox"/> DENTPower P2 |  |
| <input type="checkbox"/> DUOSchutz D3 | <input type="checkbox"/> 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