

Prüfbogen **Bezuschussung** für Ihre Zähne

Bitte **beide Seiten** per Fax an **0711 46 99 99 - 29**, per E-Mail an **info@verbraucherorientierte-pruefstelle.de** oder per Post an die unten aufgeführte Adresse schicken.

So funktioniert es, wenn Sie in der Spalte „Finanzielle Begleitung“ die Möglichkeit unter Punkt d. wählen

Bei der finanziellen Begleitung wird auf Grundlage der nachfolgenden Angaben geprüft, ob und in welchem Umfang, finanziell und zeitlich für Sie eine Zuschussung mit einer Zahnzusatzversicherung sinnvoll und möglich ist. Sie erhalten auf dieser Grundlage bedarfsgerechte Angebote übersendet und werden dabei in allen Schritten und auch im Leistungsfall begleitet. Die Dienstleistung von VPS ist für Sie kostenlos und mit keinen Verpflichtungen verbunden.

- **Ergänzen Sie** den Prüfbogen mit Ihren persönlichen Angaben unter **A./ B.** und weitere Angaben unter **C.** und unterschreiben Sie bei **D.**
- Ihre **Zahnarztpraxis** trägt im Prüfbogen ausschließlich zahnmedizinische Hinweise ein, die die wesentliche Grundlage für Ihre finanzielle Begleitung darstellen.
- Lassen Sie den Prüfbogen gleich von Ihrer Praxis an VPS übersenden oder senden Sie diesen selbst an VPS.

Die Auswertung des Prüfbogens wird Ihnen als Patient immer direkt zugesendet. Sie haben damit eine Grundlage (Kosten/Nutzen) für Ihre weitere Entscheidungsfindung.

A. Persönliche Angaben

Patient Herr Frau

Vorname / Name _____ Geburtsdatum _____

Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)

Vorname / Name _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon für Rückfragen _____

E-Mail zur Zusendung der Unterlagen. (Wenn möglich bitte immer diesen Weg wählen.)

Ich habe kein E-Mail und bitte daher um Zusendung per Post.

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sind Sie versichert?

Krankenkasse _____

Besteht bereits eine Zahn-ZUSATZ-Versicherung Ja Nein
Falls ja, welche?

Versicherungsunternehmen _____

Tarif _____ Versicherungsbeginn _____

Wünschen Sie eine Überprüfung Ihrer bestehenden Zahn-ZUSATZ-Versicherung? Ja Nein

Hinweis: Grundsätzlich darf **nur eine** hochwertige Zahn-ZUSATZ-Versicherung bestehen. Eine vorhandene Versicherung muss daher gekündigt werden, wenn sich für Sie ein vorteilhafterer Versicherungsschutz ergibt. In Ausnahmefällen können auch zwei Versicherungen parallel bestehen, eine Rücksprache mit der **VPS** ist in diesem Zusammenhang angeraten.

Zahnmedizinische Hinweise – Angaben Zahnarztpraxis (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen.)

Professionelle Zahnreinigung und Prophylaxe

_____ Termin nächste Zahnreinigung (Tag/Monat/Jahr)

_____ Anzahl der verordneten Prophylaxen pro Jahr

_____ Kosten je Prophylaxebehandlung

Für diese Leistungen ist nur die zusätzliche Ergänzung der Bereiche **A.**, **B.** und **D.** durch die Patienten erforderlich.

Aktion Lückenschluss Ersatz von bis zu drei fehlenden Zähnen bereits angeraten

SPEZIALTARIF (es darf kein weiterer Zahnersatz und keine Wurzelbehandlung angeraten sein. Es dürfen nicht mehr als drei Zähne fehlen, die nicht ersetzt sind. (Fehlende Weisheitszähne und Lückenschluss zählen nicht als fehlende Zähne)).

_____ Anzahl zu ersetzender Zähne

_____ Angestrebter Behandlungsbeginn (Monat/Jahr)

Für diesen Tarif ist zusätzlich die Beantwortung der folgenden Fragen **unbedingt** erforderlich:
C. 2., E. 2., E. 4., E. 5.

Füllungstherapie mit Komposit bereits angeraten

SPEZIALTARIF (es darf kein weiterer Zahnersatz und keine Wurzelbehandlung angeraten sein. Es dürfen nicht mehr als drei Zähne fehlen, die nicht ersetzt sind. (Fehlende Weisheitszähne und Lückenschluss zählen nicht als fehlende Zähne)).

_____ Gesamtkosten für Füllungstherapie (Bitte HKP beifügen, da sonst keine bedarfsgerechte finanzielle Begleitung möglich ist.)

_____ Angestrebter Behandlungsbeginn (Monat/Jahr)

Für diesen Tarif ist zusätzlich die Beantwortung der folgenden Fragen **unbedingt** erforderlich:
C. 2., E. 2., E. 4., E. 5.

Zahnzusatzversicherung

Für in der Zukunft liegende NICHT angeratene Zahnbehandlungen und kieferorthopädische Maßnahmen

Für diese Versicherung ist die Beantwortung **ALLER** Fragen unter **C.** und **E. unbedingt** erforderlich.

B. Persönliche Angaben

Patient Herr Frau

Vorname / Name

Geburtsdatum

C. Zahnbefund (Bei Unsicherheit bitte Rücksprache mit Ihrem Zahnarzt!)

1. Waren Sie in den letzten 10 Jahren bei anderen Zahnärzten als Ihrem jetzigen Zahnarzt in Behandlung oder zur Beratung? Ja Nein

2. Wurden bei Vorbehandlern zahnärztliche Maßnahmen angeraten oder auch Heil- und Kostenpläne erstellt die bisher noch nicht realisiert wurden? Ja Nein

Falls Ja, wann und welche? _____

Bei Unsicherheit: Bitte klären Sie durch einen Anruf bei diesen Zahnarztpraxen ab, inwieweit in Ihrer Patientenakte angeratene oder geplante Behandlungsmaßnahmen dokumentiert sind oder ein Heil- und Kostenplan erstellt und noch nicht realisiert wurde. Am Sichersten: Besorgen Sie sich die Kopie Ihrer Patientenakte.

3. Liegt ein lückenlos geführtes Bonusheft vor, bzw. haben Sie in dieser Zeit jährlich ununterbrochen eine Zahnarztpraxis zur Behandlung aufgesucht? Ja, 5 Jahre oder mehr Ja, 10 Jahre oder mehr Nein

4. Sind vorhandene Gold- und Keramikinlays, Kronen, Brücken, Implantate oder Prothesen älter als 10 Jahre? Ja Nein
Falls Ja, wie viele? _____ nicht bekannt

5. Ist bei Ihnen in der Vergangenheit bereits eine Parodontitisbehandlung vorgenommen worden? Ja Nein

6. Professionelle Zahnreinigung (PZR) pro Jahr **Anzahl**
a. Medizinische Notwendigkeit durch Verordnung der Praxis _____
b. Tatsächlich durch Patienten wahrgenommene Termine _____
c. Kosten pro PZR _____

7. Wird aktuell eine Aufbiss-/Knirscherschiene oder ein Retainer getragen oder ist dies angeraten? Ja Nein

Ja, wegen Knirschen
 Ja, wegen Kiefergelenk-/Wirbelsäulenbeschwerden
 Ja, zur Sicherung der Zahnstellung wird Retainer getragen

8. Bitte nur beantworten bei fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen: Soll der zukünftige Ersatz Ihrer fehlenden, nicht ersetzten Zähne, (Weisheitszähne zählen nicht) mitversichert werden?*

Ja Nein
* Dies ist nur dann möglich (Ausnahme Spezialtarif), wenn eine evtl. Empfehlung des Zahnarztes die fehlenden Zähne zu ersetzen noch nicht dokumentiert worden ist.

D. Ich entscheide mich mit der Nutzung des Prüfbogens Bezuschussung Zahn-ZUSATZ bei der „Finanziellen Begleitung“ für Möglichkeit d.

1. Das Behandlungsziel ist das Erreichen eines bestmöglichen zahnmedizinischen Ergebnisses. Dazu gehört eine vorausschauende Zeitplanung und die Einbindung möglicher Kostenträger, auch von privaten Zahnzusatzversicherungen. Daher bin ich mit der Weitergabe meiner Daten zum Zweck der Prüfung der Minimierung meiner Eigenkosten für die Zahnbehandlung einverstanden. Bei diesen Daten handelt es sich insbesondere um Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Kommunikationsdaten, Versicherungsstatus, Zahnbefund, Behandlungsbedarf und den damit verbundenen Kosten. Die Weitergabe erfolgt an die Verbraucherorientierte Prüfstelle (VPS), Hoffmannstraße 35, 70825 Korntal-Münchingen, einem seit 1981 in diesem Segment spezialisierten unabhängigen Unternehmen.

2. Ich stimme zu, dass die VPS aufgrund meiner Daten im Bedarfsfall die für mich optimale Bezuschussungsmöglichkeit erarbeitet und das Ergebnis an mich und meine Zahnarztpraxis übermitteln darf. Meine Zahnarztpraxis begrüßt die Dienstleistung von VPS, da sie dieses Spezialgebiet nicht selbst abdecken kann. Aus standesrechtlichen Gründen und zur Wahrung der ärztlichen Neutralität, insbesondere zu versicherungsfachlichen Themen darf die Zahnarztpraxis keine Stellungnahme abgeben. Insoweit entbinde ich meine Zahnarztpraxis hiermit zugleich auch von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Dienstleistung von VPS ist für mich kostenlos und mit keinen Verpflichtungen verbunden.

3. Diese Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meiner Zahnarztpraxis oder der VPS schriftlich widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meiner Zahnarztpraxis und der VPS mehr statt. Informationen zum Datenschutz bei der VPS finde ich jederzeit im Internet abrufbar unter www.vvs-rb.de/pruefstelle. Mein Einverständnis ist freiwillig. Meine Behandlung ist von dieser Einverständniserklärung unabhängig.

Datum

Unterschrift (Versicherte Person bzw. Erziehungsberechtigte/r)
Bei Übersendung per Mail gilt die Erklärung ohne Unterschrift.

E. Angaben von der Zahnarztpraxis auszufüllen

1. Besteht eine zahnärztl. festgestellte Zahnfehlstellung? Ja Nein
(Falls „Ja“ sind kieferorthopädische Leistungen ausgeschlossen.)

2. Liegt aktuell eine Parodontitis vor? Ja Nein

3. Liegen starke klar behandlungsbedürftige Abrasionen vor? Ja Nein

4. Befindet sich der Patient aktuell in einer zahn-ärztlichen/kieferorthopädischen Behandlung, einer Wurzelbehandlung oder einer Behandlung wegen Parodontitis oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? Ja Nein

Falls Ja, welche? _____

Relevant sind die Eintragungen in der Patientenakte oder medizinisch offensichtliche Behandlungsnotwendigkeiten, die sich auch aus bereits vorhandenen Röntgenbildern ergeben. Der Versicherer kann im Leistungsfall den Patienten auffordern diese Unterlagen vorzulegen (reine Vorsorgemaßnahmen wie z.B. PZR oder Prophylaxe zählen nicht dazu).

5. Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert? Ja Nein

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Plan																
Befund																
Befund																
Plan																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Alternativ zum Ausfüllen des obigen Zahnschemas, können Sie auch gerne einen gut nachvollziehbaren Ausdruck des Zahnbefundes und auch einen evtl. vorhandenen Parodontalstatus aus Ihrer Dental Software beifügen.

Aktueller Befund (Bitte oben in Zahnschema eintragen)

K = Krone, b = Brückenglied, tk = Teilkrone, v = Veneer, i = Implantat, y = Inlay, m = Milchzahn im Erwachsenengebiss, F = Füllung, e = durch abnehmbaren Zahnersatz ersetzter Zahn, t = Konus-/Teleskopkrone, meg = Modellgussprothese, in = Interimsversorgung,)(= Lücke geschlossen, f = fehlender Zahn, c = kariöser Zahn der behandelt werden muss, s = sanierungsbedürftiger Zahn, z = zerstörter Zahn, x = nicht erhaltungswürdiger Zahn

Behandlungsplan (Wenn Maßnahmen erforderlich sind, bitte eintragen)

K = Krone, B = Brückenglied, TK = Teilkrone, V = Veneer, I = Implantat, Y = Inlay, F = Kompositfüllung, E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen, T = Konus-/Teleskopkrone, MEG = Modellgussprothese, IN = Interimsversorgung

6. Platz für mögliche weitere notwendige zahnmedizinisch wichtige Informationen die für die finanzielle Begleitung des Patienten wichtig sind.

Datum

Unterschrift Zahnarzt/Stempel Zahnarztpraxis
Bei Übersendung per Mail gelten die Angaben ohne Unterschrift.