Prüfbogen bitte abtrennen und per Fax an 0711 46 99 99 - 29 oder per E-Mail an info@verbraucherorientierte-pruefstelle.de schicken.

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

Bitte beachten: Anfragen können nur bearbeitet werden, wenn alle Fragen vollständig beantwortet sind. Vielen Dank!

☐

Prüfung Bezuschussung – zum Ersatz von bis zu drei fehlenden bzw. zerstörten Zähnen, deren Ersatz bereits angeraten ist.

SPEZIALTARIF

Bitte beachten, dass eine Antragsstellung nur möglich ist, wenn aktuell

1. kein weiterer Zahnersatz (Kronen, Brücken, Inlays, etc.) angeraten ist.
2. keine Wurzelbehandlung angeraten ist.
3. insgesamt nicht mehr als drei Zähne fehlen, die nicht ersetzt sind (fehlende Weisheitszähne und Lückenschluss zählen nicht als fehlende Zähne).

Wenn bereits eine der o.g. Maßnahmen angeraten ist oder mehr als drei Zähne fehlen, verwenden Sie bitte den Prüfbogen „Bezuschussung Zahn-ZUSATZ“. Wir kommen dann mit einem individuellen Angebot auf Sie zu.

_____ Anzahl zu ersetzender Zähne

_____ Angestrebter Behandlungsbeginn (Monat/Jahr)

☐ Ja ☐ Nein Besteht eine Parodontose/Parodontitis (bitte ankreuzen)

Befund von der Zahnarztpraxis auszufüllen

	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 Paradontalstatus aus Ihrer Dental Software beifügen.

Aktueller Befund (Bitte oben in Zahnschema eintragen)
f = fehlender Zahn, e = durch abnehmbaren Zahnersatz ersetzter Zahn, b = Brückenglied, k = überkronter Zahn,)(= Lücke geschlossen, s = sanierungsbedürftiger Zahn, z = zerstörter Zahn, x = nicht erhaltungswürdiger Zahn, c = kariöser Zahn, i = Implantat, y = Inlay, T = Konus-/Teleskopkrone, M = Milchzahn im Erwachsenengebiss, F = Füllung

Behandlungsplan (Wenn Maßnahmen erforderlich sind, bitte eintragen)
E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen, T = Konus-/Teleskopkrone, K = Vollgusskrone, B = Vollgussbrückenglied, V = Kunststoffverblendung, M = Keramikverblendung, I = Inlay, F = Füllung, i = Implantat, TK = Teilkrone, P = Parodontitis-Behandlung

Persönliche Hinweise – Angaben Patient (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Patient ☐ Herr ☐ Frau

_____ | _____
Vorname, Nachname | Geburtsdatum

_____
Straße, Nr.

_____ | _____
PLZ | Ort

_____
Telefonnummer für Rückfragen

_____
E-Mail zur Zusendung der Unterlagen (wenn möglich bitte diesen Weg wählen)

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

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse (GKV) sind Sie versichert?

_____
Krankenkasse

Besteht bereits eine Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, welche?

_____
Versicherungsunternehmen

_____ | _____
Tarif | Versicherungsbeginn

Ich entscheide mich 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.

_____ | _____
Datum | Unterschrift Zahnarzt/Stempel Zahnarztpraxis
Bei Übersendung per Mail gilt die Erklärung ohne Unterschrift.

Stand 01.2021