

+

ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN MIT ANGABE DER ERKRANKUNG(EN), DIE DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG ERFORDERLICH GEMACHT HABEN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit Ihr Anspruch auf Kostenübernahme für zahnärztliche Leistungen beurteilt werden kann, muss **Ihr Zahnarzt** vorliegenden Anamnesebogen ausfüllen und die **Erkrankung(en) angeben, die die zahnärztliche Behandlung erforderlich gemacht haben**. Dieser **Anamnesebogen**, der die Beurteilung Ihrer Mundgesundheit vor der Behandlung, für die Sie eine Erstattung beantragen, erleichtern und vereinheitlichen soll, muss vollständig ausgefüllt **zusammen mit den Rechnungen für die zahnärztliche Behandlung eingereicht werden**.

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Steuernummer I	
Wohnort		Prov.	PLZ
Straße/Platz		Nr.	Telefonnr.

Kodex	Beschreibung	Betreffenden Zahn/betreffende Zähne angeben
X	FEHLENDER ZAHN	
MLCI	MALOKKLUSION ANGLE-KLASSE I	
MLCII	MALOKKLUSION ANGLE-KLASSE II	
MLCIII	MALOKKLUSION ANGLE-KLASSE III	
TP	TORUS PALATINUS	
TM	TORUS MANDIBULAE	
FT	FRENULUM TECTOLABIALE	
E	EPULIS (RIESENZELLGRANULOM)	
L	LEUKOPLAKIE	
ESLT	ERYTHROPLAKIE ODER VERDACHT AUF MALIGNEN SCHLEIMHAUTVERÄNDERUNGEN	
APMO	ANDERE ERKRANKUNGEN DER ORALEN SCHLEIMHÄUTE	
FRE	FRENULUM	
RCGMIII	GINGIVAREZESSION MILLER-KLASSE III	
RCGMIV	GINGIVAREZESSION MILLER-KLASSE IV	
ROO	HORIZONTALE KNOCHENABSORPTION	
C	KARIES	
RA	WURZELREST	
FC	ZAHNKRONENFRAKTUR	
ENV	DEVITALER ZAHN	
EDP	KLOPFSCHEMERZEN AM ZAHN	
EMP	ZAHN LOCKERUNGSGRAD +	
EM1	ZAHN LOCKERUNGSGRAD 1	
EM2	ZAHN LOCKERUNGSGRAD 2	
EM3	ZAHN LOCKERUNGSGRAD 3	
RGMI	GINGIVAREZESSION MILLER-KLASSE I	

RGMII	GINGIVAREZSSION MILLER-KLASSE II	
FR	WURZELFRAKTUR	
CCI	UNBEFRIEDIGENDE WURZELBEHANDLUNG	
GP	APIKALES GRANULOM	
COR	ZYSTE (ODONTOGENE ODER RADIKULÄRE Z.)	
DOA	ANGULÄRER KNOCHENDEFEKT	
ERI	RETINIERTER ODER IMPAKTIERTER ZAHN	
	KONTROLLVISITE	
	ZAHNSTEINENTFERNUNG/MUNDHYGIENE	
	RÖNTGENAUFNAHME (OPT-CT-ENDORALE)	

Anmerkungen:

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Datum
