

BD/MD-Vermittler-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

HINWEIS:

Die Kosten der
Untersuchung trägt der
Antragsteller.

AN DEN AUSKUNFTERTEILENDEN ZAHNARZT
Bitte schicken Sie den Vordruck ausgefüllt an:

Barmenia
Krankenversicherung a. G.
Abteilung Vertrag
Hauptverwaltung
42094 Wuppertal

A. PERSONALIEN DER ZU UNTERSUCHENDEN PERSON

Name und Vorname geb. am

Anschrift

Patient bei mir seit

B. GEBISSBEFUND

Halten Sie die Zähne für gesund bzw. saniert? ja nein

Fehlende, ersetzte, überkronte, sanierungsbedürftige Zähne

f = fehlende Zähne k = vorhandene Kronen

e = ersetzte Zähne s = sanierungsbedürftige Zähne

) (= Lückenschluss

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

Besteht eine behandlungsbedürftige Zahnfleischerkrankung? ja nein

Halten Sie Zahnersatz für notwendig? ja Zahnnummer(n): _____ nein

Halten Sie kieferorthopädische Behandlungen für notwendig? ja nein

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes, Datum