



Bitte zurück an

ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 860129 · 81628 München

ARAG  
Krankenversicherungs-AG  
Prinzregentenplatz 9  
81675 München

**ARAG Kranken-  
versicherungs-AG**

Prinzregentenplatz 9  
81675 München

oder per Fax 089/41 24 - 25 25

### Zahnärztlicher Befundbericht (Die Kosten trägt der Antragsteller)

Versicherungs- / Antrags-Nr.

Name, Vorname  Geb.-Datum

Anschrift

<b>Behandlungsplan</b>	R																	L
<b>Befund</b>		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	
<b>Befund</b>																		
<b>Behandlungsplan</b>																		

#### Befund

- f = fehlende Zähne
- e = ersetzte Zähne
- b = Brückenglied
- k = überkronte Zähne
- ) ( = Lücke geschlossen
- s = sanierungsbedürftige Zähne
- z = zerstörte Zähne
- c = kariöse Zähne
- i = Implantat
- y = Inlay
- T = Konus-/Teleskopkrone

Welche Maßnahmen sind erforderlich /geplant?  
Bitte den Behandlungsplan in o.g. Schema eintragen.

#### Behandlungsplan

- E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen
- T = Konus-/Teleskopkrone
- K = Vollgusskrone
- B = Vollgussbrückenglied
- V = Kunststoffverblendung
- I = Inlay
- M = Keramikverblendung
- F = Füllung
- i = Implantat
- TK = Teilkkrone

Sonstige zahnärztliche Maßnahmen erforderlich/geplant?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Bei einer Parodontopathie bitte den Parodontal-Status beifügen.

**Ort, Datum**

**Stempel und Unterschrift des Zahnarztes**

**Erklärung des Antragstellers** zum Antrag vom

für  Versicherungs- / Antrags-Nr.

Kosten für die lt. obigem Zahnbefund mit f, s, z und c bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Für die Tarife der Krankheitskosten-Zusatzversicherung gilt außerdem:  
Implantologische Leistungen für die lt. obigem Zahnbefund mit e bezeichneten Zähne und alle in diesem Zusammenhang anfallenden Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

**Die Erklärung bedarf der Annahme durch den Versicherer**

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Antragstellers**