



IHR ZAHNSTATUS

Bitte senden Sie Vorder- und Rückseite dieses Formulars per Fax an **02103.33 99 78 -9** oder per E-Mail an **Beratung@DZVS.de**

Vorname

Name

Bitte beachten Sie auch alle weiteren Angaben auf der Rückseite.
Bitte umdrehen.



Praxisempfehlung

- 1. Zahnerhalt Solo**
PZR, Füllungen, Inlays
(Keine Zahnfragen erforderlich)
- 2. Zahnersatz solo**
Kronen, Implantate etc.
- 3. All Inclusive**
Zahnersatz, Zahnerhalt, PZR
- 4. Kinder-KFO**
KFO, Zahnerhalt, Zahnersatz, PZR
- 5. Sofortleistungen privat**
HKP für max 3 fehlende Zähne
- 6. Sofortleistungen 100%**
angeratene + begonnene Behandlung

- 1. Wurde aktuell eine Behandlung angeraten?**
 - ja nein
 - wenn ja: Wurde bereits mit der Behandlung begonnen? ja nein
 - wenn ja: Liegt bereits ein genehmigter HKP vor? ja nein
 - Höhe HKP: _____ €
 - Festzuschuss der Kasse: _____ €
- 2. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind?**
 - ja nein
 - wenn ja: wie viele? (Anzahl fehlender Zähne) _____ Zähne
 - Sollen diese Zahnücken mitversichert werden? ja nein
- 3. Wurden bei Ihnen Zähne überkront oder ersetzt?**
 - ja nein
 - wenn ja: wie viele insgesamt? _____ Zähne
 - Anzahl ersetzter/überkronter Zähne älter als 10 Jahre: _____ Zähne
 - Anzahl der mit herausnehmbaren Prothesen ersetzten Zähne: _____ Zähne
- 4. Bestand jemals eine Parodontitis?**
 - ja nein
 - wenn ja: besteht aktuell eine Parodontitis? ja nein
 - wenn nein: wie lange ist die PA-Behandlung abgeschlossen? 1 J. 2 J. 3 J.
- 5. Besteht oder bestand jemals eine Kiefergelenks-Erkrankung (CMD)?**
 - ja nein
 - nicht anzugeben ist: Knirscherschiene
- 6. Liegt ein „gepflegtes“ Bonusheft vor?**
 - ja nein
 - wenn ja: ≥ 5 J. ≥ 10 J.

Datum / Praxisstempel

Behandlungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	17	16	15	14	13	12	11								
	48	47	46	45	44	43	42	41								
Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG UND DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobiltelefon

Geburtsdatum

Geschlecht: m/w

E-Mail

Das Angebot sowie den Antrag senden Sie mir bitte

per E-Mail per Post (mit Rückumschlag).

Schweigepflichtsentbindung für die Praxis:

Damit ich befundorientiert das beste Angebot für eine Zahnzusatzversicherung erhalte, erteile ich hiermit mein Einverständnis, dass meine/n Zahnarzt/In/ BAG/ Zahnarztpraxis meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Telefonnummer, Geburtsdatum, E-Mailadresse sowie die gesundheitlichen Daten über meinen Zahnstatus) an den **Deutschen Zahnversicherungs-Service GmbH & Co.KG (DZVS)** per Brief, Fax oder E-Mail weiterleiten darf und entbinde ihn/sie insofern von den rechtlichen Beschränkungen seiner/ihrer zahnärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen und außerdem verlangen kann, dass einzelne Daten berichtigt, ergänzt oder gelöscht werden und mir gegenüber Einsicht zu gewähren ist.

Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Kontaktaufnahme durch den DZVS:

Ich willige ein, dass der DZVS meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Telefonnummer, Geburtsdatum, E-Mailadresse sowie ausdrücklich auch die gesundheitlichen Daten über meinen Zahnstatus) im Rahmen des Vermittlungsauftrages zur vertragsbezogenen Beratung und Bearbeitung einer Zahnzusatzversicherung erheben, verarbeiten und nutzen sowie zu diesem Zwecke an von ihm angefragte Versicherer übermitteln darf. Soweit bei dem DZVS oder den Versicherern bereits Verträge bestehen, dürfen deren Daten ebenfalls erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Sofern über den DZVS eine Zahnzusatzversicherung vermittelt wird, darf der DZVS dem Zahnarzt/der Zahnärztin die Daten des Versicherungsvertrags auch elektronisch zur Verfügung stellen.

Ich erhalte das Angebot per Mail und auch per Post. Für Rückfragen darf mich der DZVS per Telefonanruf (ggf. nach vorheriger Ankündigung per SMS) und auch per E-Mail kontaktieren. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail (Beratung@DZVS.de) oder Post (an DZVS, Düsseldorfer Straße 38, 40721 Hilden) widerrufen. Die Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO stehen mir jederzeit auf der Seite www.DZVS.de zur Verfügung und werden mir vom DZVS zusammen mit den Erstinformationen gemäß § 34d Abs. 1 GeWO per Mail sowie auf Wunsch auch mit der Post übersandt.

Datum

Unterschrift