

**ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN
MIT ANGABE DER ERKRANKUNG(EN), FÜR DIE EINE ZAHNÄRZTLICHE
BEHANDLUNG ERFORDERLICH WAR**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit Unisalute Ihren Deckungsanspruch bezogen auf die benötigten zahnärztlichen Leistungen beurteilen kann, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen mit Angabe der Erkrankung(en), für die eine zahnärztliche Behandlung nötig war, von Ihrem Zahnarzt ausfüllen zu lassen. Dieser Anamnesebogen dient der einheitlicheren und erleichterten Bewertung des Gesundheitszustands Ihrer Mundhöhle vor Erbringung der Leistungen, deren Kostenerstattung Sie beantragen. Senden Sie bitte den vollständig ausgefüllten Anamnesebogen zusammen mit den entsprechenden Zahnarztrechnungen an folgende Adresse: **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.**

Der/Die Eingeschriebene			
Geboren in	am	Steuernummer	_____
Wohnort		Prov.	PLZ
Straße/Platz		Nr.	Rufnummer

Code	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	GINGIVAREZSSION MILLER-KLASSE III	
RCGMIV	GINGIVAREZSSION 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 I	
EM2	ZAHN LOCKERUNGSGRAD II	
EM3	ZAHN LOCKERUNGSGRAD III	

RGMI	GINGIVAREZSSION 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	

Anmerkungen:

Unterschrift des behandelnden Arztes
(Zahnarzt)

Datum
