

Zahnärztlicher Kostenvoranschlag

Von Ihrem Zahnarzt auszufüllen.

Bitte beachten Sie, dass dieses Dokument nicht als Rechnung oder Erstattungsantrag verwendet werden kann.

Angaben zum Patienten

Eurotrainee Institution

Individuelle Versicherungsnummer (wird nach dem ersten Erstattungsantrag erstellt)

EU Institution Gruppenversicherungsnummer (diese Nummer ist auf Ihrem Versicherungsschein angegeben)

Frau Herr

Vorname

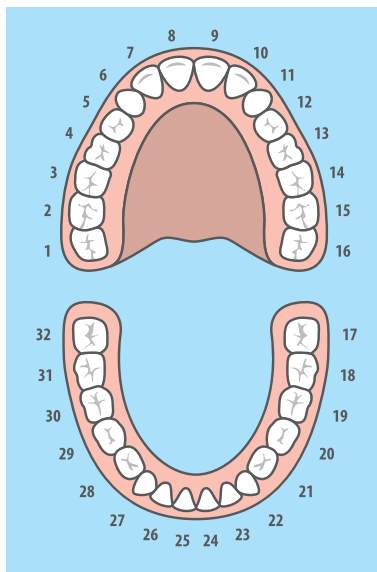
Nachname

Adresse

Geburtsdatum / /

Zahnschema

Schwärzen Sie fehlende Zähne und markieren Sie mit Pfeilen die Zähne, die für diesen Kostenvoranschlag zu behandeln sind.



Zahnbehandlung	Zahnnummer	Geschätzte Kosten
Füllung		
Extraktion		
Wurzelbehandlung		
Festsitzender Zahnersatz		
Goldkrone, Kunststoffmantel		
Brückenzahnteil aus Kunststoff		
Goldinlay, Gipsmodell		
Stiftkrone		
Veneer oder Richmondkrone oder Metallkeramikkrone		
Brückenelement aus Metallkeramik		
Brückenzahnteil aus Gold und Porzellan		
Geschiebeprothese		
Riegelprothese		
Herausnehmbarer Zahnersatz		
Oberkiefer		
Anzahl der zu ersetzenden Zähne		
Klammerprothese		
Aufsatz		
Absaugsystem		
Basis: Kunststoff <input type="checkbox"/> Kobalt-Chrom <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/>		
Reparatur der Kunststoffbasis		
Hinzufügen eines Zahns oder einer Spange auf der Kunststoffbasis		
Rebasierung		
Remontage		
Unterkiefer		
Anzahl der zu ersetzenden Zähne		
Klammerprothese		
Aufsatz		
Absaugsystem		
Basis: Kunststoff <input type="checkbox"/> Kobalt-Chrom <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/>		
Reparatur der Kunststoffbasis		
Hinzufügen eines Zahns oder einer Spange auf der Kunststoffbasis		
Rebasierung		
Remontage		

Zahnbehandlung	Zahnnummer	Geschätzte Kosten
Provisorischer Zahnersatz		
Krone		
Zu ersetzender Zahn (Brückenzwischenglied oder Zahn auf herausnehmbarem Zahnersatz)		
Klammerprothese		

Parodontalbehandlung (geben Sie die Position auf dem Zahnschema an)	Einzelheiten inkl. Quadrant	Zahnnummer	Geschätzte Kosten
Nicht-chirurgische Behandlung			
Chirurgische Behandlung			
Andere			
Implantate		Anzahl der Implantate	
Subperiostales Implantat			
Enossales Implantat			
Spezielle Behandlung		Einzelheiten	
Okklusale Kappenschiene			
Andere			
Geschätzte Gesamtkosten			

Angaben zum behandelnden Zahnarzt

Name des Zahnarztes

Name und Anschrift der Praxis




Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Stempel des Zahnarztes

 Unterschrift des Zahnarztes _____

Datum / /

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben per:

-  E-Mail an: igomedical@e.allianz.com
-  Fax an: + 32 2 210 6597
-  Post an: Allianz Care, Bd Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien

Der Versicherer ist die AWP Health & Life SA, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht, mit einem Kapital von 72.104.026€ und mit Sitz in: 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. USt-IdNr.: FR 84 401 154 679. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

Ihre Versicherung wird durch AWP Health & Life Services Limited - Niederlassung für Belgien verwaltet, mit der Geschäftsadresse: Bd Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien. USt.: BE 0843.991.159. RPM Brüssel: 843.991.159. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life Services Limited.