

**ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESEBOGEN**

Der/die Unterzeichner_in		Name des Unternehmens/der Einrichtung (obligatorisch, wenn der Beitritt über das Unternehmen / die Einrichtung abgeschlossen wurde)	
Geboren in	am	Steuernummer	
Wohnort	Provinz	PLZ	
Straße/Platz	Nr.	Tel.	

Sehr geehrter Kunde,  
 damit EMVA die Kostenübernahme für die von Ihnen geplanten zahnärztlichen Leistungen beurteilen kann, muss Ihr Zahnarzt den folgenden zahnärztlichen Fragebogen ausfüllen. Dieser Fragebogen wurde erstellt, um eine einfachere und einheitliche Beurteilung des Gesundheitszustands zu ermöglichen. Sobald der Fragebogen vollständig ausgefüllt ist, muss er zusammen mit den Rechnungen für die Leistungen eingesandt werden.

**Terminologie:**

<b>X</b>	Fehlendes Element
<b>O</b>	Füllung
<b>D</b>	Wurzelbehandlung
<b>In</b>	Inlay
<b>RIC</b>	Rekonstruktion
<b>W</b>	Krone
<b>F</b>	Implantat Körper (osteointegrierte Implantate)
<b>Pf</b>	Festsitzende Prothese
<b>Pm</b>	Herausnehmbare Prothese

<b>Wor</b>	Gold-Kunststoff
<b>Woc</b>	Gold-Keramik
<b>Wlp</b>	Edelmetalllegierung
<b>Wlnp</b>	Nicht-Edelmetalllegierung
<b>P</b>	Stiftstumpf
<b>S</b>	Teilprothese
<b>Dp</b>	Pfeilerzahn

**Schema**

<b>re.</b>		<b>OBEN</b>														<b>li.</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>re.</b>		<b>UNTEN</b>														<b>li.</b>	

Anmerkungen: .....

.....

.....

**Unterschrift des behandelnden Arztes (Zahnarztes)**
**Datum**

.....

.....