

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

HT-MAKLER GmbH & Co. KG

Neumarkt 4 • 09661 Hainichen

Tel.: 037207 / 3670

Fax: 037207 / 6982

mail@ht-makler.de

https://ht-makler.de/

**Persönlicher Ansprechpartner:**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>1.</b> Werden zur Zeit <b>Zahnersatzmaßnahmen</b> (Brückenglieder, Kronen, Inlays, Onlays, Implantate etc. durchgeführt bzw. sind welche erforderlich oder angeraten?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>wenn <b>ja</b>, bitte Angaben unter 1.1. bzw. 1.2.</p>       |
| <p>1.1. Welche Maßnahmen werden <b>aktuell</b> durchgeführt?<br/>Welche Restkosten bestehen?</p>  | <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>  |
| <p>1.2. Welche Maßnahmen sind <b>angeraten</b> worden, welche Kosten werden erwartet (bitte Behandlungs- und Kostenplan beifügen)</p>   | <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>  |
| <p><b>2.</b> Werden zur Zeit <b>kieferorthopädische Maßnahmen</b> durchgeführt bzw. sind welche erforderlich oder angeraten?</p>  | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>wenn <b>ja</b>, bitte Angaben unter 2.1. bzw. 2.2.</p>       |
| <p>2.1. Welche Maßnahmen werden <b>aktuell</b> durchgeführt?<br/>Welche Restkosten bestehen?</p>  | <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>  |
| <p>2.2. Welche Maßnahmen sind <b>angeraten</b> worden, welche Kosten werden erwartet (bitte Behandlungs- und Kostenplan beifügen)</p>   | <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>  |
| <p><b>3.</b> Besteht eine <b>Parodontopathie</b>?</p>   | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br/>wenn <b>ja</b>, bitte einen Parodontal-Status einreichen</p> |



|   |   |
|---|---|
| <p><b>8.</b> Bei Befund "x" / "w" bitte beantworten: Welche Maßnahmen sind zu erwarten?</p>   | <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>  |
| <p><b>9. Unterschrift des Zahnarztes</b></p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><p>_____<br/>Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes</p>   | <p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b><br/>                 Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><p>_____<br/>Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers</p> |
| <p><b>10. Hinweis:</b></p>  | <p>Sofern der Zahnstatus durch einen Zahnarzt erhoben wird, werden dadurch entstehende Kosten regelmäßig nicht vom Versicherer übernommen und sind gegebenenfalls vom Interessenten / Versicherungsnehmer selbst zu tragen. Sollte ein Leistungsausschluss etc. gewünscht werden, so ist dies ggf. nur mit dem Originalformular des jeweiligen Versicherers möglich.</p>                              |
| <p><b>Interne Notizen</b></p><br><br><br><p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> | <p> <input type="checkbox"/> telefonische Erfassung    <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben<br/> <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung<br/> <input type="checkbox"/> im Maklerbüro    <input type="checkbox"/> beim Kunden<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> </p>  |
| <p>Rev. 004 vom 30.06.2022</p>  |   |