

Prüfbogen **Bezuschussungs-Hilfe** Zahnersatz

Bitte per Fax an _____ oder per E-Mail an _____
oder per Post an unsere Ihnen bekannte Praxisadresse senden.

A. Persönliche Angaben

Patient Herr Frau

Vorname, Nachname | Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon für Rückfragen

E-Mail zur Zusendung der Unterlagen. (Wenn möglich bitte diesen Weg wählen.)

Ich habe keine E-Mail und bitte daher um Zusendung per Post.

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse (GKV) sind Sie versichert?

Krankenkasse

Besteht bereits eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
Falls ja, welche?

Versicherungsunternehmen

Tarif Versicherungsbeginn

- Ich bin Patient in Ihrer Zahnarztpraxis.
 Ich bin noch nicht Patient in Ihrer Zahnarztpraxis und willige ein,
dass Sie als Zahnarztpraxis mit mir in Verbindung treten dürfen.

B. Fragen zur Geltendmachung Ihrer Bezuschussungsansprüche (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

PATIENTENGRUPPE 1

Für **hochwertigen Zahnersatz** mit minimalem finanziellen
Eigenaufwand

Ich bestätige, dass aktuell und auch in der Vergangenheit Ja Nein
kein Heil- und Kostenplan für eine Zahnersatzmaßnahme erstellt wurde der **NICHT** realisiert wurde – auch
bei keinem anderen Zahnarzt in der Vergangenheit, bzw.
dieser nicht älter als 6 Monate ist.

Ich bin nach den Richtlinien der GKV Härtefallpatient.* Ja Nein
Ich bin nach den Richtlinien der GKV in der gleitenden
Härtefallregel.* Ja Nein

PATIENTENGRUPPE 2

Für den hochwertigen Ersatz von bis zu drei bereits fehlenden nicht
ersetzten oder zerstörten Zähnen (durch Brücken oder Implantate) –
Halbierung oder Drittelung der Kosten möglich

Ich wünsche eine Abklärung, zu welchen finanziellen Ja Nein
Konditionen der Ersatz dieser Zähne möglich ist.

Voraussetzung: Es dürfen **nicht mehr als drei Zähne**
fehlen oder zerstört sein.

* Härtefallregelung: Wer hat Anspruch?

Alle Patienten die folgende Sozialleistungen beziehen

- BaföG, Sozialhilfe, **Arbeitslosengeld II**, Kriegsopferfürsorge und Grund-
sicherung sowie Heimbewohner, deren Unterbringung die Sozialhilfe
oder Kriegsopferfürsorge trägt.

Zudem Versicherte, deren monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunter-
halt einschließlich der Einnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden
Angehörigen (Ehegatte, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschafts-
gesetz, Kinder) die nachfolgenden Beträge nicht übersteigen:

- 1.274,00 EUR für Einzelpersonen
- 1.751,75 EUR für Einzelpersonen mit einem Angehörigen
- 318,50 EUR zzgl. für jeden weiteren Angehörigen

* Gleitende Härtefallregelung: Wer hat Anspruch?

Wenn Sie mit Ihrem Einkommen nur leicht über der oben angeführten Ein-
kommensgrenze liegen, können Sie ebenfalls einen höheren Festzuschuss
erhalten, der dann individuell durch die Krankenkasse berechnet wird.

C. Ich entscheide mich für folgende Vorgehensweise in Bezug auf die finanzielle Begleitung: (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

- a. Ich recherchiere selbst im Internet.
 b. Ich gehe auf die Verbraucherzentrale zu und lasse mich gebühren-
pflichtig beraten.
 c. Ich gehe selbst auf einen Versicherer meiner Wahl zu.
 d.* Ich wünsche eine kostenlose Information anhand meines indivi-
duellen Zahnbefundes und konkrete Lösungsvorschläge durch
einen spezialisierten Ansprechpartner. Das Ziel der maßgeschnei-
derten finanziellen Begleitung ist die Minimierung meiner Eigen-
kosten für hochwertige Zahnbehandlungen. Auch im Leistungs-
fall werde ich begleitet.

Datum | ✖
Unterschrift Patient/in
Bei Übersendung per Mail gilt die Erklärung ohne Unterschrift.

D. Einverständniserklärung Ich entscheide mich für die Vorgehensweise lt. Punkt C.d.*

1. Das Behandlungsziel ist das Erreichen eines bestmöglichen zahnmedizinischen Ergebnisses. Dazu ge-
hört eine vorausschauende Zeitplanung und die Einbindung möglicher Kostenträger, auch von privaten
Zahnzusatzversicherungen. Daher bin ich mit der Weitergabe meiner Daten zum Zweck der Prüfung der
Minimierung meiner Eigenkosten für die Zahnbehandlung einverstanden. Bei diesen Daten handelt es
sich insbesondere um Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Kommunikationsdaten, Versicherungsstatus,
Zahnbefund, Behandlungsbedarf und den damit verbundenen Kosten. Die Weitergabe erfolgt an die
Verbraucherorientierte Prüfstelle (VPS), Hoffmannstraße 35, 70825 Korntal-Münchingen, einem in diesem
Segment spezialisierten unabhängigen Unternehmen mit Erfahrung seit 1981.
2. Ich stimme zu, dass die VPS aufgrund meiner Daten im Bedarfsfall die für mich optimale Zuschussungs-
möglichkeit erarbeitet und das Ergebnis an mich und meine Zahnarztpraxis übermitteln darf. Meine
Zahnarztpraxis begründet die Dienstleistung von VPS, da sie dieses Spezialgebiet nicht selbst abdecken
kann. Aus standesrechtlichen Gründen und zur Wahrung der ärztlichen Neutralität insbesondere zu ver-
sicherungsfachlichen Themen darf die Zahnarztpraxis keine Stellungnahme abgeben. Insoweit entbinde
ich meine Zahnarztpraxis hiermit zugleich auch von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Dienstleistung
von VPS ist für mich kostenlos und mit keinen Verpflichtungen verbunden.
3. Diese Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meiner Zahnarztpraxis oder der
VPS schriftlich widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung
zwischen meiner Zahnarztpraxis und der VPS mehr statt. Informationen zum Datenschutz bei der VPS,
finde ich jederzeit im Internet abrufbar unter www.verbraucherorientierte-pruefstelle.de. Mein Einver-
ständnis ist freiwillig. Meine Behandlung ist von dieser Einverständniserklärung unabhängig.

Datum | ✖
Unterschrift Patient/in
Bei Übersendung per Mail gilt die Erklärung ohne Unterschrift.

Bitte beachten: Anfragen können nur bearbeitet werden, wenn alle Fragen vollständig beantwortet sind. Vielen Dank!

Nur wenn keine Mail oder Fax vorhanden ist, bitte per Post schicken.

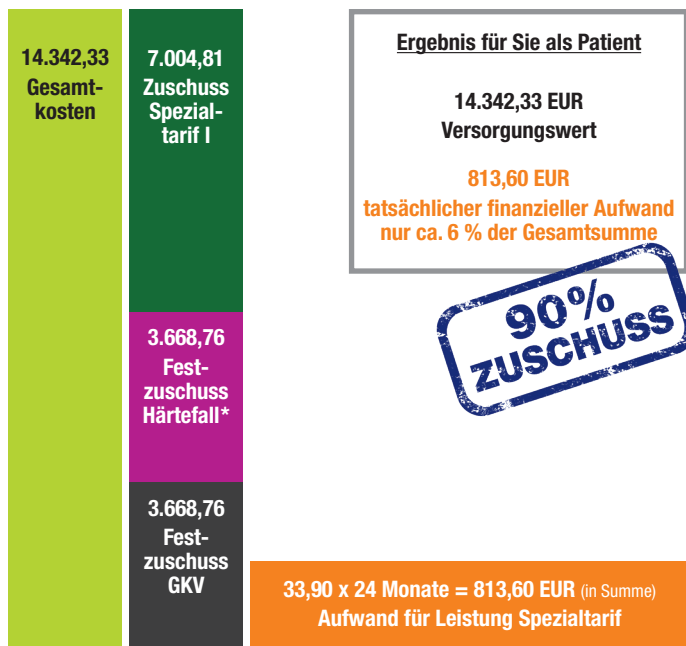
Adresse Zahnarztpraxis

Außergewöhnliche Situationen erfordern außergewöhnliche Maßnahmen

Rechenbeispiel

Hochwertiger Zahnersatz Härtefall*

Hochwertige herausnehmbare Zahnersatzversorgung
Ober- und Unterkiefer – Altersunabhängig



Rechenbeispiel

Hochwertiger Ersatz fehlender Zähne

Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Implantat mit Krone –
Patient/in 45 Jahre



Verantwortlich für die Rechenbeispiele ist die Verbraucherorientierte Prüfstelle (VPS)

Die Rechenbeispiele können und werden sich im Detail von Ihrer tatsächlichen Versorgung unterscheiden, da jeder Mensch einen anderen Befund und Bedarf aufweist und auch der Behandlungszeitraum unterschiedlich lange andauern kann. Diese Rechenbeispiele geben Ihnen einen Einblick der möglichen Vorteile, die auch Sie ggf. nutzen können. Wenn Sie sich angesprochen fühlen und die Vorteile nutzen wollen, senden Sie uns den beigefügten Prüfbogen gerne zurück. Sie erhalten dann bezogen auf Ihren Zahnbefund und mögliche Versorgungsbeispiele eine individuelle Stellungnahme übersandt.