



Anfrage zur Kostenübernahme

Zahnbehandlungen

Zahnärztliche prothetische Behandlungen können nur in dem Falle übernommen werden, wenn eine vorherige Genehmigung durch unsere medizinische Abteilung, auf Basis dieses Dokumentes erfolgte. Dieses Dokument vom behandelnden Arzt erstellt, muss mindestens **15 Tage** vor Behandlungsanfang per Post, per Fax oder per Email an den:

Vertrauensarzt von AXA Luxembourg
 1, place de l'Etoile L-1479 LUXEMBOURG
 ☎ : (+352) 44 24 24 43 04
 ✉ optisoins@axa.lu

geschickt werden.

Patient

Frau Fräulein Herr
 Name des Versicherungsnehmers: _____ Vorname des Versicherungsnehmers: _____
 Name des Patienten: _____ Vorname des Patienten: _____
 Geburtsdatum des Patienten: ____ / ____ / _____ Geschlecht: W M
 Behandlung auf Grund eines Unfalls ?? Nein Ja
 Falls **ja** beantwortet, bitte einen vollständigen Bericht über die Ursachen des Unfalls beifügen

Wichtig !

Die beizufügenden Anlagen zu dieser Anfrage sind in *Kursivschrift* angezeigt
 In folgenden Fällen: Kieferorthopädie / Zahnersatz / Parodontologie / Implantologie , bitte diese Anfrage zusammen mit einem detaillierten Kostenvoranschlag von der gesamten Zahnbehandlung einreichen.

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Kieferorthopädie

Betrifft die Anfrage einen Eingriff bei einem Wechselgebiss (Diskrepanz zwischen Ober- und Unterkiefer)

a) generelle allgemeine Sanierung? Non Oui
b) handelt es sich um eine Vorrichtung für Frühmaßnahmen ? Non Oui
c) voraussichtliche Dauer für die Behandlung des Wechselgebiss (Monate): _____
 Wenn der Behandlungsplan bei einer definitiven Zahnung erfolgt, bitte folgende Werte angeben:

Bei Anwendung der „Ricketts“ Analyse: Bitte Einheiten angeben: R1-R2-R3-R4 + von 5 bis 11			Bei Anwendung der „Tweed“ Analyse: Bitte Einheiten angeben: T1-T2-T3-T4 + von 5 bis 11		
R1	Gesichtswinkel	Grad	T1	FMIA	Grad
R2	HFI	Grad	T2	IMPA	Grad
R3	Krümmung	Millimeter	T3	ANB	Grad
R4	DDM	Millimeter	T4	DDM Total	

5. Backenzahn mit Verschiebung in Millimeter gemessen:: _____
6. Überbiss oder „offener Biss“ in Millimeter gemessen: _____
7. Innen oder äußere Vertiefung bezogen auf die betroffenen Zähne:
 keine Anomalie: _____ Anomalie eines Zahnes: _____
 mehrere Anomalien: _____ wenigstens ein Sektor komplett betroffen: _____
8. Winkel unterer Schneidezahn / NaPog in Grad:: _____
9. Winkel 11/41 oder 21/31 in Grad:: _____
10. Freier Randabstand 11/41 oder 21/31 in Millimeter: _____
11. Voraussichtliche Dauer für die Behandlung der definitiven Zahnung (in Monaten): _____

Zahnersatz

Diese Anfrage mit folgenden Dokumenten und Unterlagen einreichen:

- Zahnärztliches Röntgenbild bei mehr als 3 Zähnen
- Druckplatte vom Zahnbild oder RVG nach Behandlung oder Wiederaufnahme der Orthopädiebehandlung

Zahnprothese auf Zähnen ohne Nerv (N° der Zähne) : _____

Zahnprothese auf lebenden Zähnen (N° der Zähne): _____

Parodontologie

Diese Anfrage mit folgenden Dokumenten und Unterlagen einreichen:

Bilanz vom Zahnstatus + Zahl der Quadranten + betroffener Sektor + Diagnose + Behandlungsplan

Implantologie

Diese Anfrage mit folgenden Dokumenten und Unterlagen einreichen:

Zahnärztliches Panoramabild + Implantatbereich (Numero des Zahnes der durch ein Implantat ersetzt werden soll) + Kurzbericht über die Höhe des vorhandenen Kieferknochen im Implantatbereich + eventuelle Kontraindikationen.

Der behandelnde Arzt des Versicherten ist bevollmächtigt dem Vertrauensarzt von AXA Luxembourg alle notwendigen medizinischen Unterlagen mitzuteilen um über die Akte zu entscheiden.

Die Mitteilung wird vertraulich aufbewahrt. Sie wird nur den Personen mitgeteilt die in der Bearbeitung ihrer Unterlagen einbezogen sind.

Luxemburg, den _____ ,

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Unterschrift des Patienten(oder eventuell vom Vormund oder Eltern des Patienten)