



## IHR ZAHNZUSATZ-SCHUTZ

in Kooperation mit Ihrer Zahnarztpraxis

**Der Zahnzusatz-Tipp: Für schöne Zähne viel zuzahlen? Es geht auch anders!**

**Wir sind Spezialisten für Zahnzusatz-Schutz und beraten Sie objektiv**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

die Krankenkassen zahlen nur noch pauschale Festzuschüsse für Zahnersatz. Vor allem bei einer höherwertigen Versorgung können hohe Restkosten entstehen, die Sie selber tragen müssen. Eine private Zusatzabsicherung ist daher empfehlenswert. Sie sichert eine Best-Versorgung und verringert Zuzahlungen deutlich.

Mit den konkreten Fakten und Kostenbeispielen in dieser Information können Sie sich selbst ein klares Bild machen – und besser einschätzen, was für Sie sinnvoll ist. Wir wollen, dass Sie gut versorgt sind – und sich das auch leisten können.

**Einen guten Tag und ein schönes Lächeln wünscht Ihnen Ihr Zahnzusatz-Schutz-Team**

**Kostenvergleich für Zahnersatz bei einer Zahnlücke**

	Zahnkrone Keramik	Brücke Keramik	Implantat Keramik
Gesamtkosten	600 EUR	1.500 EUR	3.000 EUR
Festzuschuss GKV	204 EUR	471 EUR	471 EUR
Ihre Kosten <b>ohne</b> Premium-Schutz	396 EUR	1.029 EUR	2.529 EUR
Ihre Kosten <b>mit</b> Premium-Schutz	60 EUR	150 EUR	300 EUR
<b>Sie sparen</b>	<b>336 EUR</b>	<b>879 EUR</b>	<b>2.229 EUR</b>



**TAUSEND FINANZ GMBH**

Taubenstrasse 26  
10117 Berlin  
(am Gendarmenmarkt)

Fon: 030 81 00 60 40  
Fax: 030 81 00 60 44  
Mail: info@tausend-finanz.de

[www.zahnzusatz-schutz.de](http://www.zahnzusatz-schutz.de)  
[www.tausend-finanz.de](http://www.tausend-finanz.de)



**Marcus Tausend**

*Geschäftsführer  
Berater Heilwesens (HK)*



**Christian Schindler**

*Versicherungsmakler  
Berater für Personenversicherungen*

**Terminvereinbarung: 030 81 00 60 40**



Ihre Angebotsanfrage bitte an:

Fax: 030 81 00 60 44

Mail: [angebot@zahnzusatz-schutz.de](mailto:angebot@zahnzusatz-schutz.de)

**Persönliche Angaben** (Angebotserstellung nur mit vollständigen Angaben möglich)

Frau  Herr

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Telefon/Mobil .....

E-Mail .....

Straße .....

PLZ ..... Ort .....

**Gewünschte Leistungen**

**Basis (15 - 30 EUR)**  **Komfort (20 - 45 EUR)**  **Premium (25 - 65 EUR)**

Prophylaxe/professionelle Zahnreinigung  Ja  Nein

Hochwertige Kunststofffüllungen  Ja  Nein

Wurzel- und Parodontalbehandlung  Ja  Nein

Inlays  Ja  Nein

Implantate und Zahnersatz  Ja  Nein

*Ich willige ein, dass mein Zahnarzt zum Zwecke der Risikoprüfung den Zahnzustand an die Tausend Finanz GmbH weiterleitet und stimme einer Kontaktaufnahme zum Zweck der Angebotserstellung zu. (Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen)*

Datum/Unterschrift Patient/in

**Befund und Behandlungsplanung** (von Zahnarztpraxis auszufüllen)

Therapieplanung																		
Befund																		
	R	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
Befund																		
Therapieplanung																		

**Erläuterungen Befund:** (Kombinationen sind zulässig)

- |                                                                   |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>a</b> Adhäsivbrücke (Anker/Spanne)                             | <b>r</b> Wurzelstiftkappe                                     |
| <b>b</b> Brückenglied                                             | <b>rw</b> erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe              |
| <b>e</b> ersetzter Zahn                                           | <b>sw</b> erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion             |
| <b>ew</b> ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn             | <b>t</b> Teleskop                                             |
| <b>f</b> fehlender Zahn                                           | <b>tw</b> erneuerungsbedürftiges Teleskop                     |
| <b>i</b> Implantat mit intakter Suprakonstruktion                 | <b>ur</b> unzureichende Retention                             |
| <b>ix</b> zu entfernendes Implantat                               | <b>ww</b> erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung |
| <b>k</b> klinisch intakte Krone                                   | <b>x</b> nicht erhaltungswürdiger Zahn                        |
| <b>kw</b> erneuerungsbedürftige Krone                             | <b>X</b> Lückenschluss                                        |
| <b>pw</b> erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten |                                                               |

**Erläuterungen Behandlungsplanung:**

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>A</b> Adhäsivbrücke (Anker/Spanne)          |
| <b>B</b> Brückenglied                          |
| <b>E</b> zu ersetzender Zahn                   |
| <b>H</b> gegossene Halte- und Stützvorrichtung |
| <b>K</b> Krone                                 |
| <b>M</b> vollkeramische oder keramisch         |
| <b>O</b> Geschiebe, Steg etc.                  |
| <b>PK</b> Teilkrone                            |
| <b>R</b> Wurzelstiftkappe                      |
| <b>S</b> implantatgetragene Suprakonstruktion  |
| <b>T</b> Teleskopkrone                         |
| <b>V</b> vestibuläre Verblendung               |

**Zusätzliche Fragen zum Zahnzustand**

Sind zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen (außer Zahnreinigung) notwendig, angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Besteht oder bestand in der Vergangenheit eine Zahnfleischerkrankung (Parodontose/Parodontitis)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Inlays o. ä.) älter als 10 Jahre?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Kiefergelenksprobleme bzw. wird eine Knirscherschiene getragen oder ist eine solche angeraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum/Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes/Praxisstempel

**Wichtiger Hinweis**

**Bitte beachten Sie, dass bereits begonnene, angeratene und beabsichtigte Zahnbehandlungen – außer Prophylaxe/Zahnreinigung – vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind!**

**Sprechen Sie im Zweifel ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt an!**



[www.zahnzusatz-schutz.de](http://www.zahnzusatz-schutz.de)  
[www.tausend-finanz.de](http://www.tausend-finanz.de)