

die Bayerische, 81732 München

Kundenservice der Bayerischen
Mo - Fr: 8.00 - 20.00 Uhr

Herrn
Meetkumar Joshi
Lenggrieser Str. 6
81371 München

Telefon Leistung +49 89 67 87 50 60
Telefax Leistung +49 89 67 87 50 61
E-Mail kranken-leistung@diebayerische.de

München, 20.08.2025

Vertragsnummer S0405831607

Leistungsnummer 386/163384-H

Ihre eingereichten Rechnungen für die Füllungen

Sehr geehrter Herr Joshi,

vielen Dank für Ihre eingereichten Unterlagen.

Um Ihnen mitzuteilen, in welchem Umfang wir uns an den Kosten der Maßnahme beteiligen, benötigen wir weitere Informationen.

Bitte lassen Sie uns hierzu Folgendes zukommen:

- den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen
- die beiliegende Arztauskunft von Ihrem Zahnarzt ausgefüllt, der Sie vor dem 05.06.2024 behandelt hat
- die unterzeichnete Schweigepflichtentbindungserklärung (Bitte ergänzen Sie ggf. Name und Anschrift des Behandlers). Hinweis: Um Ihnen Aufwand zu ersparen, sind wir gerne bereit, auftretende Rückfragen direkt mit Ihrem Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden zu klären. Bitte lassen Sie uns hierzu das ausgefüllte und unterschriebene Formular zukommen.

Bitte senden Sie die Unterlagen unter Angabe Ihrer Krankenversicherungsnummer 386/163384-H an oben genannte Fax- bzw. E-Mail-Adresse, über Ihr Kundenkonto oder per Post an:

Die Bayerische
KP3B
96437 Coburg

Sobald uns die Unterlagen vorliegen, kommen wir auf Ihren Antrag zurück.

Haben Sie Fragen, dann rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen aus München

Ihre BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG

Anlagen

ANTWORT

Die Bayerische
96437 Coburg

Versicherungsschein-Nr.:
386/163384-H

**Einwilligung in die Erhebung von Gesundheitsdaten
und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Versicherungsnehmer: Meetkumar Joshi
Versicherte Person: Meetkumar Joshi Geburtsdatum: 15.03.1995
Grund: Füllung Zahn 16,17,36,37,26,27,46 und 47

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht brauchen wir noch Angaben über Ihre Gesundheitsdaten.

Ich bin damit einverstanden, dass die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG sowie die Service- und Controlling-GmbH (GSC) und deren Mitarbeiter mit den nachfolgend genannten Personen/Einrichtungen und deren Mitarbeiter direkt Kontakt aufnimmt. Dazu befreie ich die nachfolgend genannten Personen bzw. Einrichtungen und deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG sowie der Service- und Controlling-GmbH (GSC) und deren Mitarbeiter, alle Fragen die im Zusammenhang mit der oben genannten Behandlung stehen zu beantworten, Unterlagen herauszugeben und insoweit Auskunft zu erteilen. Ebenfalls befreie ich die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG sowie die Service- und Controlling-GmbH (GSC) und deren Mitarbeiter gegenüber den genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Bitte tragen Sie hier Namen und Anschrift des Zahnarztes ein.

Name: _____

Anschrift: _____

Diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie ohne Angabe von Gründen verweigern. In diesem Fall bin ich selbst zur Beschaffung der erforderlichen Daten verantwortlich. Hierzu sendet mir die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG sowie die Service- und Controlling-GmbH (GSC) auf mein Verlangen die erforderlichen Unterlagen zu. Ich kann diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zudem jederzeit widerrufen.

Mir ist bekannt, dass die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG sowie die Service- und Controlling-GmbH (GSC) die angeforderten Gesundheitsdaten benötigt, um den Leistungsfall bearbeiten zu können. Ohne diese Daten kann keine abschließende Bewertung des Leistungsfalls vorgenommen werden und es kann zu Leistungskürzungen oder gar zur Leistungsfreiheit führen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person ab 16 Jahre

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
bei Minderjährigen bis 18 Jahre

Unterschrift des Versicherungsnehmers



Fragebogen

Versicherte Person: Meetkumar Joshi

Versicherungsschein-Nr.:

Geburtsdatum: 15.03.1995

386/163384-H

Tagsüber erreichbar unter der Telefon-Nr.: _____

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen:

Bei welchen Zahnärzten befanden Sie sich im Zeitraum zwischen dem 05.06.2021 und dem 05.06.2024 in Behandlung?

Bitte nennen Sie jeweils den Namen, Anschrift und den Behandlungszeitraum und ergänzen diese Kontaktdaten auch auf der beiliegenden Schweigepflichtentbindungserklärung:

1. vom _____ bis _____ bei _____

2. vom _____ bis _____ bei _____

3. vom _____ bis _____ bei _____

Hinweis: Bitte geben Sie alle Zahnärzte im o.g. Zeitraum an, auch wenn Sie aktuell nicht mehr dort in Behandlung sind.

Um Ihnen weiteren Aufwand zu ersparen, können die o. g. Zahnärzte durch Ihre Ermächtigung mit beigefügter Schweigepflichtentbindungserklärung uns die Arztauskunft direkt zurücksenden. Darüber hinaus geben Sie uns mit der Schweigepflichtentbindungserklärung die Möglichkeit, entstehende Rückfragen zu den eingereichten Unterlagen direkt bei dem in der Erklärung genannten Behandler zu stellen. Sofern Sie dies wünschen, schicken Sie uns bitte die beigefügte Erklärung vollständig ausgefüllt (mit Name und Anschrift des Behandlers) und unterschrieben zurück.

Wichtig: Die Schweigepflichtentbindungserklärung gilt nur für den aktuellen Leistungsfall, ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Genaueres entnehmen Sie bitte dem Formular.

Datum, Unterschrift VN

Unterschrift Versicherte Person (ab 16 Jahren)



386163384H



060

Die Bayerische
96437 Coburg

Fax: 089 67875061

Versicherungsschein-Nr.:
386/163384-H

Patient/in: Meetkumar Joshi
Geburtsdatum: 15.03.1995

Arztauskunft

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen anhand bereits dokumentierter Behandlungs-/Untersuchungs-ergebnisse bzw. erhobener Befunde (z. B. Auszüge aus Patientenakte, Befundberichte, Röntgenbilder o. Ä.). Wir wünschen keine zusätzlichen Untersuchungen.

Zahnbefund vor dem 05.06.2024:

Ober- kiefer rechts	2.																			
	1.																			
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
		WZ	BZ	BZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	BZ	BZ	WZ			
Unter- kiefer rechts	1.	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
	2.																			

2. Ober-
kiefer
1. links

1. Unter-
kiefer
2. links

1. Befund:

nicht erhaltungswürdige Zähne = x
erkrankte, aber erhaltungswürdige Zähne = w
kariöser Zahn = c
im Durchbruch = d
fehlende Zähne = f
Lückenschluss =)(
Brückenglied = b
ersetzt Zahn = e
Implantat mit intakter Suprakonstruktion = i
klinisch intakte Krone = k
Teleskop = t
erneuerungsbedürftige Krone = kw
ersetzt aber erneuerungsbedürftiger Zahn = ew

2. Versorgung:

Krone = K
Brückenglieder = B
Teilkrone = TK
Inlay = Y
Onlay = O
Implantat = I
Metallkeramikverblendung = M
Kunststoffverblendung = V
Parodontosebehandlung = P

Ort und Datum

Stempel, Unterschrift



In welchem Zeitraum befand sich Meetkumar Joshi bei Ihnen in zahnärztlicher Behandlung?	von _____ bis _____
Fehlten am 05.06.2024 Zähne (außer Weisheitszähne, Milchzähne oder Lückenschluss) die noch nicht ersetzt sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Wurde vor dem 05.06.2024 angeraten, einen Zahn oder mehrere Zähne (außer Weisheitszähne, Milchzähne) zu ziehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Bestand am 05.06.2024 Zahnersatz, der älter als 10 Jahre ist?	<input type="checkbox"/> keine Angabe möglich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte geben Sie die versorgte Region an _____ _____
Bestand am 05.06.2024 eine herausnehmbare Voll-/Teilprothese?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte geben Sie die versorgte Region an _____ _____
Seit wann ist Füllung Zahn 16,17,36,37,26,27,46 und 47 geplant bzw. angeraten?	_____

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum vom 05.06.2021 bis 05.06.2024.

Sofern sich Meetkumar Joshi nicht im kompletten Zeitraum bei Ihnen in Behandlung befand, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für den Teil des Zeitraums, in dem eine Behandlung bei Ihnen stattfand.

Bestand im Zeitraum zwischen dem 05.06.2021 und dem 05.06.2024 die Diagnose „Parodontose“ bzw. „Parodontitis“? <i>Hinweis: Behandlungen wegen der Diagnose „apikale Parodontitis“ sind nicht anzugeben.</i>	<input type="checkbox"/> Meetkumar Joshi befand sich im angegebenen Zeitraum nicht in unserer Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann wurde die Diagnose festgestellt bzw. behandelt? _____
Bestand im Zeitraum zwischen dem 05.06.2021 und dem 05.06.2024 die Diagnose „Zahnschmelzdefekt“ in Form von - Mineralisierungsstörungen - Abrasionen - Schliifffacetten?	<input type="checkbox"/> Meetkumar Joshi befand sich im angegebenen Zeitraum nicht in unserer Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann wurde die Diagnose festgestellt bzw. behandelt? _____

<p>Wurden vor dem 05.06.2024 Behandlungen angeraten, geplant oder begonnen, die am 05.06.2024 noch nicht abgeschlossen waren bzw. bestand eine provisorische Versorgung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Meetkumar Joshi befand sich im angegebenen Zeitraum nicht in unserer Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, teilen Sie uns bitte die Zahnnummern sowie die geplante Behandlung/Versorgung mit und wann diese angeraten wurde:</p> <hr/> <hr/>
<p>Ist die Behandlung bereits beschwerdefrei abgeschlossen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____</p>
<p>Besteht zwischen der aktuell geplanten/durchgeföhrten Versorgung und der bereits vor dem 05.06.2024 geplanten zahnärztlichen Behandlung ein Zusammenhang?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein Warum nicht? _____ <input type="checkbox"/> ja Welcher? _____</p>

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Zahnarztpraxis

