

Zahnformular Sozialzahnmedizin

Befund, Diagnose, Planung, Kostenvoranschlag

Status: Oktober 2009

1. Patient / Patientin

AHV-Nr. / PN-Nr. Name, Vorname Geburtsjahr Adresse PLZ Ort	
---	--

2. Kostenträger: Sozialamt / EL-Stelle / Vormundschaftsbehörde

Name, Bezeichnung Adresse PLZ Ort Sachbearbeiter, Telefon, Mail	Bereich: Asylwesen / Sozialhilfe / Ergänzungsleistungen / andere
--	---

3. Zahnarztpraxis, Klinik

Name, Bezeichnung Adresse PLZ Ort Sachbearbeiter, Telefon, Mail	
--	--

4. Entbindung Arztgeheimnis

Der / die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt / die behandelnde Zahnärztin gegenüber den oben unter 2.) genannten Sozialbehörden / -stellen und gegenüber dem beratenden Zahnarzt / der beratenden Zahnärztin dieser Behörde / Stelle Auskünfte erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose.

(Ort, Datum)	(Unterschrift Patient / Patientin)
--------------	------------------------------------

5. Abtretenserklärung Kostenbeiträge Ergänzungsleistungen AHV/IV (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Der unterzeichnende Patient / die unterzeichnende Patientin ist damit einverstanden, dass die oben unter Pos. 2.) genannte Sozialversicherungsstelle mit dem behandelnden Zahnarzt / der behandelnden Zahnärztin **direkt zum UVG-MTK-Tarif** abrechnet. Er / sie ist bereit, die Kosten für allfällig versäumte Sitzungen persönlich zu übernehmen und allfällige Rückvergütungen der Krankenkasse nachträglich an die EL-Stelle zu erstatten.
- ☐ Der unterzeichnende Patient / die unterzeichnende Patientin möchte die Zahnarztrechnung selber bezahlen. Er/sie ist damit einverstanden, dass Behandlungsbeiträge nur gegen Vorlage einer detaillierten Zahnarztrechnung **samt Zahlungsbeleg** erstattet werden.

(Ort, Datum)	(Unterschrift Patient / Patientin)
--------------	------------------------------------

A. Befunde

1. Datum und Grund der Befundaufnahme:

2. Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)

V IV III II I I II III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
-----	-----
V IV III II I I II III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Befunde

Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

Kieferknochen und Weichteile:

Parodontaler Zustand:

Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste:

Zahnersatz / kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Zustand und allfällige Schäden):

B. Diagnose

Beschreibung:

Für Kieferorthopädie zusätzlich:

- ☐ Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden
- ☐ Grad 2 – Behandlung wünschenswert
- ☐ Grad 3 – Behandlung notwendig: Ziffer :
- ☐ Grad 4 – Behandlung zwingend: Ziffer :

C. Behandlungsziel

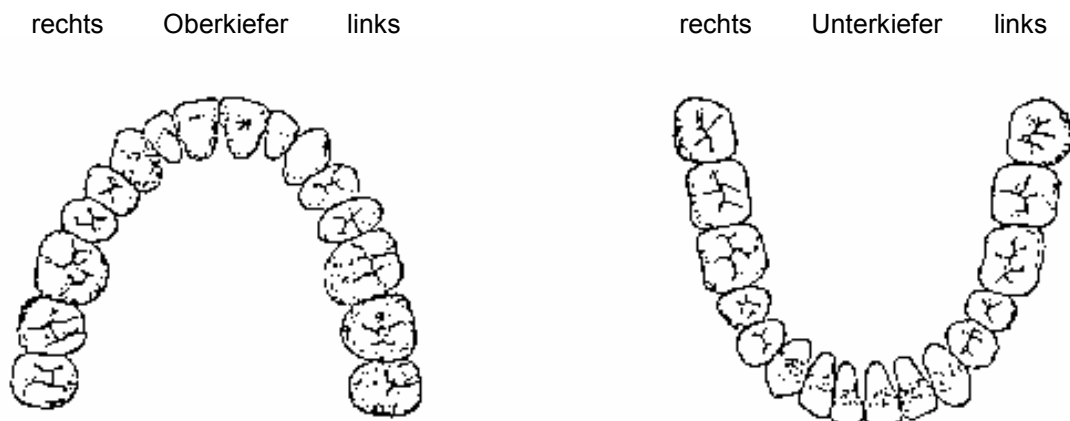
- ☐ **ABWARTEN: (Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist noch nicht gesichert):**
Daher: Schmerzbehandlung, Endodontie nur bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener Frontbezahnung, dentaler Volumenersatz mittels langfristig provisorischer Massnahmen.
Dafür: Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung
- ☐ **SANIERUNG / TEILSANIERUNG (Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert)**
Begründung, Beschreibung (kurz):

D. Planung

1. Sofortmassnahmen: Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen:

2. Behandlungsplan: (Kurzbeschreibung, zahnweise)

3. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes



4. Weitere in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen

- ☐ **NEIN**, keine
☐ **JA**, welche?

5. Persönliches Behandlungsumfeld, Attest einer aktiven (positiven) Patientenmitarbeit und der Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis / Klinik (Compliance-Attest)

ärztliches Attest *)

Ich bestätige, dass der Patient / die Patientin über die letzten **18 Monate** bei mir / bei: in regelmässiger zahnärztlicher Kontrolle war, seit dieser Zeit aktiv an einer Erhaltung seiner / ihrer oralen Gesundheit mitarbeitet und für diesen Zeitraum eine gute und adäquate Mundhygiene aufweist.

- ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Meine Praxis / unsere Klinik verfügt über ein Recallsystem und kann den Patienten / die Patientin regelmässig nachkontrollieren und zahnärztlich weiter betreuen.

- ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Der Patient ist Raucher / die Patientin ist Raucherin

- ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Falls Raucher / Raucherin: Der Patient / die Patientin ist darüber informiert, dass langfristig starkes Rauchen schädlich ist für das Parodont und den Erhalt der oralen Gesundheit. Er / sie ist gewillt, das Rauchen zu reduzieren und wenn möglich mit dem Rauchen ganz aufzuhören.

- ☐ **JA** ☐ **NEIN**

6. Kostenvoranschlag (SV-Tarif) mit Zahnnummer zu Tarifposition als Beilage **)

(Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit * bezeichnen oder sonst klar markieren.)

(Für Zahntechnikkosten Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (SV-Tarif / Konkordanzliste „Sozial“) beilegen.)

Ort, und Datum	Praxisstempel / Unterschrift Behandler / Praxisinhaber

Beilagen: Rechnung / Kostenvoranschlag
 Röntgenbilder / OPT – Kopie (allenfalls in digitaler Form als PDF- oder TIF-Datei auf CD)

*) ärztliches Attest:

Es wird speziell darauf aufmerksam gemacht, dass falsche Atteste bzw. Gefälligkeitsatteste (betrifft Behandlungsindikation wie Compliance) gesundheitspolizeiliche und aufsichtsrechtliche Massnahmen nach sich ziehen können (z.B. Verzeigung, administrative Massnahmen der Aufsichtsbehörden, Ausschluss aus der Sozialzahnmedizin u.a.).

**) Kostenvoranschlag, Rechnung

Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Pos. 4040 in Rechnung gestellt werden.