Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
**Amt für Gesundheit**

| **Zahnbehandlung Sozialzahnmedizin**<br>Gesuch um Kostenübernahme | **Standard**<br><br>Version 2025 |
|---|---|

Administrative Angaben

## 1. Patient / Patientin

| | | |
|---|---|---|
| AHV-Nr. / Personal-Nr | | |
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum | ☐ weiblich ☐ männlich | |
| Adresse | | |
| Zusatz | | |
| PLZ Ort | | |
| Telefon | | |
| Elterliche Sorge/Vertretung | Name | Vorname |

## 2. Kostenträger

| | | |
|---|---|---|
| Gemeinde | | |
| Amt / Bezeichnung | | |
| Adresse | | |
| Zusatz | | |
| PLZ, Ort | | |
| Sachbearbeiter/-in | | |
| Telefon, E-Mail | | |
| | ☐ **Sozialhilfe** | ☐ **Ergänzungsleistungen EL** |
| | ☐ **Schulzahnpflege** | |
| | **Asyl:**<br>**Asylstatus**<br>☐ **N** ☐ **B** ☐ **F**<br><br>☐ **S – Aufenthalt in der Schweiz seit: _____** | |

## 3. Zahnarztpraxis, Klinik, verantwortliche Medizinalperson

| | |
|---|---|
| Name/ Bezeichnung | |
| Behandler-/in | |
| Verantwortliche Medizinalperson* | |
| Adresse | |
| Zusatz | |
| PLZ, Ort | |
| Sachbearbeiter/-in | |
| Telefon, E-Mail | |

* Wenn nicht mit Behandler identisch

Einverständnis des Patienten / der Patientin oder der Vertretung

### 4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und vom Amtsgeheimnis

Ich bin damit einverstanden, dass mein Zahnarzt/meine Zahnärztin und die oben genannte Behörde/Stelle sowie der beratende Zahnarzt/die beratende Zahnärztin dieser Behörde miteinander über meine zahnärztlichen Befunde, die Behandlungsplanung/Behandlungskosten und die Behandlungsprognose sprechen dürfen, sofern es für die Bearbeitung des Gesuches notwendig ist. Diese Erlaubnis gilt nur für die laufende Behandlung.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift Patient / Patientin oder Vertretung |

### 5. Erklärung bei Kostenbeiträgen aus Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

| | |
|---|---|
| ☐ | **Abtretung**<br>Ich bin damit einverstanden, dass oben genannte EL-Stelle zum Sozialtarif **direkt mit dem behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin abrechnet.**<br>Ich verpflichte mich, die Kosten für versäumte Sitzungen selber zu tragen und allfällige Rückvergütungen der Krankenkasse an die EL-Stelle zu erstatten. Diese Erlaubnis gilt für die laufende Behandlung. |
| ☐ | **Keine Abtretung**<br>**Ich bezahle die Zahnarztrechnung selber.**<br>Die Kosten werden von der EL-Stelle nur rückerstattet bei Vorlegen einer detaillierten Zahnarztrechnung auf Basis des Sozialtarifs und des Zahlungsbelegs.<br>Kosten für versäumte Sitzungen werden nicht erstattet. Diese Erlaubnis gilt nur für die laufende Behandlung. |

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift Patient / Patientin oder Vertretung |

### 6. Einverständnis mit dem Behandlungsplan

**Ich bin mit diesem vorgeschlagenen Behandlungsplan einverstanden**.
Mein Zahnarzt / meine Zahnärztin hat mich über die vorgesehenen Massnahmen und möglichen Risiken aufgeklärt. Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass im Rahmen der sozialen Zahnmedizin nur einfache, wirtschaftliche, zweckmässige Therapien möglich sind.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift Patient / Patientin oder Vertretung |

Befundaufnahme

## 7. Allgemeines

| | |
|---|---|
| Datum | |
| Grund der Befundaufnahme /Anliegen | |
| Neupatient | |
| Wenn nein | Angaben zur letzten Konsultation |
| Datum | |
| Grund | |
| | |

## 8. Zusammenfassende intraorale Befunde / Diagnosen (allfällige genauere Beschreibung)

| | |
|---|---|
| Mundhygiene, Pflegezustand, Motivation | |
| Kieferknochen, Mukosa, Weichteile | |
| Gingiva / Parodont | |
| Zähne (Karies, Frakturen, Restaurationen, Wurzelbehandlungen, Substanzverlust) | |
| Hoffnungslose / fragliche Zähne / Wurzelreste Wenn ja, welche? | |
| Zahnersatz vorhanden? | |
| Zustand, allfällige Schäden, Mängel (genaue Beschreibung, Fotos müssen beigelegt werden) | |
| Beschreibung: | |
| Zahnstellung<br>(nur bei Kindern und Jugendlichen)<br>für kieferorthopädische Behandlung verwenden Sie bitte das spezielle Formular | |
| Bemerkungen: | |

## 9. Zahnappel (Bitte vorhandene Zähne markieren)

| Bleibendes Gebiss | | | | | | | | | | | | | | | | | Milchgebiss | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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 | | V | IV | III | II | I | I | II | III | IV | V | |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

* Wenn nicht mit Behandler identisch

### 10. Besondere Risikofaktoren

| | |
|---|---|
| ☐ | Medikation / Polypharmazie |
| ☐ | Eingeschränkte manuelle Fähigkeiten |
| ☐ | Starkes Rauchen |
| ☐ | Anderes |
| Bemerkungen: | |

## Behandlungsplanung

### 11. Behandlungsziele / -phase (betreffendes Ziel, auf das sich die folgende Planung bezieht ankreuzen)

| | |
|---|---|
| ☐ | Hygienephase, Sofortmassnahmen (Kooperations- und Motivationsphase Schmerzbehandlung, Extraktion hoffnungslose Zähne, Erhalt strategisch wichtiger Zähne, Provisorischer Zahnersatz), Reevaluation nach 18 Monaten (Attest / kein Attest) |
| ☐ | Teilsanierung<br>Wenn aktive Mitarbeit gesichert (Attest) aber unsichere Prognose<br>Bei erschwerenden Bedingungen |
| ☐ | Sanierung bei guter Prognose und gesicherter aktiver Mitarbeit (Attest) |
| ☐ | Erhaltungsphase (Kontrollen, Prophylaxe) |
| Bemerkungen: | |

### 12. **Sofortmassnahmen** Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen

| |
|---|
| Diagnostische Massnahmen |
| Therapeutische Sofortmassnahmen |
| Präventive Sofortmassnahmen |

## 13. Behandlungsplan[1]

| Zahn Nr | Kurzbeschreibung |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Diver-ses | |

## 14. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes

**Achtung Pflichtfeld! Es kann das Schema der Behandlungsmassnahmen aus der eigenen digitalen Krankengeschichte beigelegt, oder das untenstehende Schema von Hand ausgefüllt werden.**

| rechts | **Oberkiefer** | links | rechts | Unterkiefer | links |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## 15. Langzeitplanung

| Weitere, in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen | |
|---|---|
| ☐ | Erhaltungsphase (Kontrollen, Prophylaxe) |
| ☐ | Anderes, nämlich |

* Wenn nicht mit Behandler identisch

## 16. Beilagen

| | |
|---|---|
| ☐ | Kostenvoranschlag zum Sozialversicherungstarif (SV-Tarif)<br>Bereits erbrachte Sofortmassnahmen mit * kennzeichnen<br>Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Tarifposition 4.0400 in Rechnung gestellt werden |
| ☐ | Zahnschema mit Legende |
| ☐ | Rechnung zum Sozialversicherungstarif (SV-Tarif) / |
| ☐ | Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (SV Tarif) |
| ☐ | Röntgenbilder (wenn in digitalem Format aufgenommen **hochwertiger Ausdruck** oder auf CD) |
| ☐ | Arztzeugnis |
| ☐ | Anderes |

## 17. Erklärung des behandelnden Zahnarztes / der behandelnden Zahnärztin

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

| | | |
|---|---|---|
| Der Patient / die Patientin war während der letzten **18 Monate** regelmässig bei mir in zahnärztlicher Kontrolle und wurde zur Prophylaxe / Dentalhygiene aufgeboten wurde. | ☐ ja | ☐nein |
| Während dieser Zeit hat der Patient / die Patientin (oder Vertretung, Betreuungspersonen etc.) aktiv mitgearbeitet und insbesondere eine gute und adäquate Mundhygiene ausgewiesen | ☐ ja | ☐nein |
| Meine Praxis / unsere Klinik verfügt über ein Recallsystem und kann bei Kooperation eine Weiterbetreuung (Erhaltungsphase) gewährleisten | ☐ ja | ☐nein |
| Es wurde abgeklärt und ausgeschlossen, dass für die genannten Behandlungen die Leistungspflicht eines weiteren Garanten (KVG, UVG, IV) besteht | ☐ ja | ☐nein |
| Der Patient / die Patientin / die Vertretung wurde über administrative Abläufe, den Behandlungsplan, das Vorgehen, die Risiken, die Wichtigkeit der Mundhygiene und allenfalls über das Risiko von starkem Rauchen aufgeklärt | ☐ ja | ☐nein |

| | |
|---|---|
| Ort, Datum<br><br><br>Unterschrift Behandler/in | Ort, Datum<br><br><br>Unterschrift verantwortlicher Zahnarzt / verantwortliche Zahnärztin* |

## 18. Hinweise

Falsche Atteste können zu aufsichtsrechtlichen Massnahmen und zum Ausschluss aus der Sozialzahnmedizin führen.

Weist ein Patient / eine Patientin ausdrücklich auf eine Kostenübernahme durch die Sozialhilfe / oder aus Ergänzungsleistungen zur AHV/IV hin, hat sich der Zahnarzt / die Zahnärztin strikte an die Vorgaben (Kostengutsprache, SV-Tarif, Behandlung einfach, wirksam wirtschaftlich, zweckmässig) zu halten.

[1] Behandlungsempfehlungen finden Sie auf www.vkzs.ch