



Zahnbehandlung Sozialzahnmedizin Gesuch um Kostenübernahme	Standard Version 2022
---	------------------------------

Administrative Angaben

1. Patient / Patientin

AHV-Nr. / Personal-Nr	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen EL
<input type="checkbox"/> Asylwesen	<input type="checkbox"/> Schulzahnpflege
<input type="checkbox"/>	

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)

<input type="checkbox"/>	Abtretung Ich bin damit einverstanden, dass oben genannte EL-Stelle zum Sozialtarif direkt mit dem behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin abrechnet. 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.
<input type="checkbox"/>	Keine Abtretung Ich bezahle die Zahnarztrechnung selber. Die Kosten werden von der EL-Stelle nur rückerstattet bei Vorlegen einer detaillierten Zahnarztrechnung auf Basis des Sozialtarifs und des Zahlungsbelegs. 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
------------	--

10. Besondere Risikofaktoren

<input type="checkbox"/>	Medikation / Polypharmazie
<input type="checkbox"/>	Eingeschränkte manuelle Fähigkeiten
<input type="checkbox"/>	Starkes Rauchen
<input type="checkbox"/>	Anderes
Bemerkungen:	

Behandlungsplanung

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

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

12. Sofortmassnahmen Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen

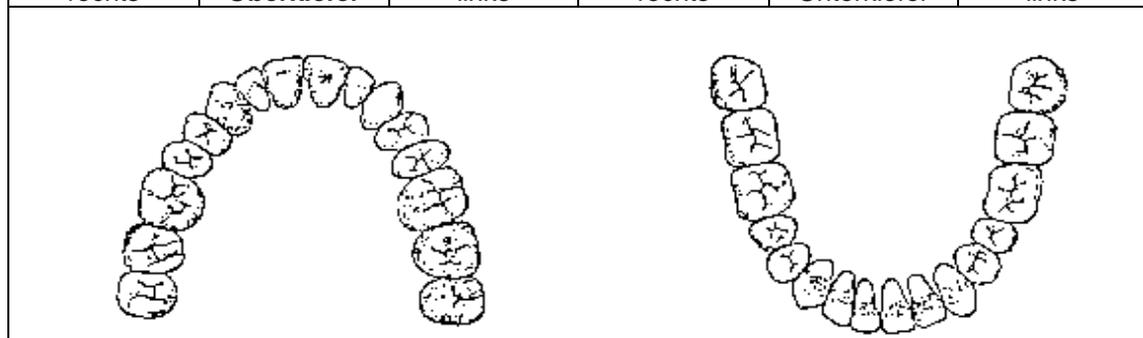
Diagnostische Massnahmen
Therapeutische Sofortmassnahmen
Präventive Sofortmassnahmen

13. Behandlungsplan

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	
<input type="checkbox"/>	Erhaltungsphase (Kontrollen, Prophylaxe)
<input type="checkbox"/>	Anderes, nämlich

16. Beilagen

<input type="checkbox"/>	Kostenvoranschlag zum Sozialversicherungstarif (SV-Tarif) Bereits erbrachte Sofortmassnahmen mit * kennzeichnen Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Tarifposition 4.0400 in Rechnung gestellt werden
<input type="checkbox"/>	Zahnschema mit Legende
<input type="checkbox"/>	Rechnung zum Sozialversicherungstarif (SV-Tarif) /
<input type="checkbox"/>	Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (SV Tarif, gemäss Konkordanzliste „sozial“)
<input type="checkbox"/>	Röntgenbilder (wenn in digitalem Format aufgenommen hochwertiger Ausdruck oder auf CD)
<input type="checkbox"/>	Arztzeugnis
<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Während dieser Zeit hat der Patient / die Patientin (oder Vertretung, Betreuungspersonen etc.) aktiv mitgearbeitet und insbesondere eine gute und adäquate Mundhygiene ausgewiesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Meine Praxis / unsere Klinik verfügt über ein Recallsystem und kann bei Kooperation eine Weiterbetreuung (Erhaltungsphase) gewährleisten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es wurde abgeklärt und ausgeschlossen, dass für die genannten Behandlungen die Leistungspflicht eines weiteren Garanten (KVG, UVG, IV) besteht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift Behandler/in	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.

Behandlungsempfehlungen finden Sie auf www.vkzs.ch

* Wenn nicht mit Behandler identisch