



Sozialzahnmedizin
Gesuch um Kostenübernahme

Kieferorthopädie

Version 2022

Administrative Angaben

1. Patient / Patientin

AHV-Nr. / Personal-Nr	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Zusatz	
PLZ Ort	
Elterliche Sorge/Vertretung	

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

3. Zahnarztpraxis, Klinik

Name/ Bezeichnung	
Behandler/-in	
Adresse	
Zusatz	
PLZ, Ort	
Sachbearbeiter/-in	
Telefon, E-Mail	



Einverständnis des Patienten / der Patientin oder der Vertretung

4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Arztgeheimnis)

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt/die behandelnde Zahnärztin gegenüber der oben, unter Punkt 2. genannten Behörde oder Stelle sowie gegenüber dem beratenden Zahnarzt/der beratenden Zahnärztin dieser Behörde/Stelle die notwendigen Auskünfte erteilen darf über Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose, sofern diese zur Bearbeitung des Gesuches notwendig sind.

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

5. Erklärung bei Kostenbeiträgen aus Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Direktzahlung - Einverständniserklärung 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
<input type="checkbox"/>	Keine Direktzahlung Ich möchte nicht, dass die EL-Stelle mit dem Zahnarzt / der Zahnärztin direkt abrechnet.

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

6. Einverständnis mit dem Behandlungsplan

Ich bin mit dem vorgeschlagenen Behandlungsplan einverstanden.

Der behandelnde Zahnarzt 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 und Behandlungsplanung

7. Allgemeines

Datum der Befundaufnahme
Grund der Befundaufnahme /Anliegen
Überweisung für KFO-Behandlung durch
Bemerkungen:

8. Zusammenfassende intraorale Befunde / Diagnosen (zutreffendes anklicken)

Mundhygiene, Pflegezustand, Motivation	
Zähne	
Vorbestehende kieferorthop. Apparaturen / Massnahmen	
Wechselgebiss	
Bemerkungen:	

9. Befunde für die Einstufung gemäss VKZS-Liste der Behandlungsindikatoren ⁱ

Sagittal	
Vertikal	
Transversal	
OK	
UK	
Funktion	(Abgleitbewegung, Zunge, Lippe, Atmung)
Spezielles	
Pflichtfeld: Einstufung gemäss VKZS-Liste der Behandlungsindikationen	
/ (Grad/ Ziffer)	



10. Behandlungsplanung und Kosten nach Phasen
(nach Kriterien der Sozial Zahnmedizin einfach, wirtschaftlich, zweckmässig):

Behandlungs ziele Phase 1	
Behandlung mittel Phase 1	
Kostenschätzung Phase 1	
Voraussichtlich weitere Behand- lung ziele	
Voraussichtlich weitere Behand- lung mittel .	
Kostenschätzung weitere Be- handlungsphasen	
Bemerkungen	

11. Beilagen

Bitte reichen Sie alle vorhandenen Unterlagen ein.

- Kostenvoranschlag detailliert oder pauschal zum Sozialversicherungstarif (SV-Tarif) (Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Tarifposition 4.0400 in Rechnung gestellt werden)
- Mundaufnahmen
- OPT
- FR
- Bitwings
- Modelle
- Modellfotos

Sonstiges:

12. Erklärung des behandelnden Zahnarztes / der behandelnden Zahnärztin (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Der Patient / die Patientin war während der letzten 18 Monate regelmässig bei mir respektive dem überweisenden Zahnarzt / der Zahnärztin in zahnärztlicher Kontrolle und wurde zur Prophylaxe / Dentalhygiene aufgeboten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die Zusammenarbeit mit dem überweisenden Zahnarzt / der Zahnärztin bezüglich Karieskontrolle und Prophylaxe ist klar und gewährleistet	<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 / und die Eltern wurden über administrative Abläufe, den Behandlungsplan, das Vorgehen, die Risiken, die Wichtigkeit der Mundhygiene aufgeklärt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum	Unterschrift Zahnarzt / Zahnärztin

13. 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.

ⁱ Behandlungsempfehlungen und die Indikationsliste finden Sie auf www.vkzs.ch oder <https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe/zahnmedizin.html>