

Formular Sozialzahnmedizin

Vor Behandlungsbeginn ist die Kostengutsprache abzuwarten

Patient/Patientin

Name, Vorname Geburtsdatum Adresse PLZ Ort	
---	--

Zahnarztpraxis / Klinik

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

1. **Krankheitsbedingter Zahnschaden?** Ja Nein

2. **Datum der Befundaufnahme**

3. **Zahnappell** z.Zt. der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)

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

4. Befunde

4.1. Mundhygiene, Pflegezustand, Motivation:

4.2. Kieferknochen oder Weichteile:

4.3. Parodontaler Zustand:

4.4. Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

4.5. Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste:

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

5. **Diagnose** (Beschreibung):

[Empty light blue box for diagnosis description]

Für Kieferorthopädie zusätzlich:

- Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden
- Grad 2 – Behandlung wünschenswert
- Grad 3 – Behandlung notwendig: Ziffer: [Empty light blue box]
- Grad – Behandlung zwingend: Ziffer [Empty light blue box]

6. **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, Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung
Begründung (kurz): [Empty light blue box]

Sanierung / Teilsanierung (Aktive, kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert, siehe Compliance-Attest unter Punkt 11)
Begründung (kurz): [Empty light blue box]

7. **Planung**

Sofortmassnahmen:

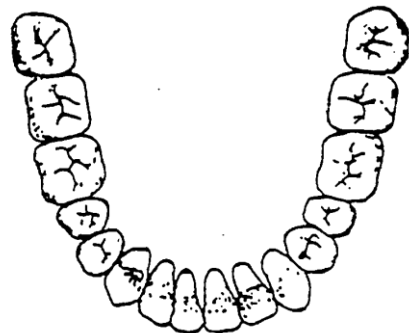
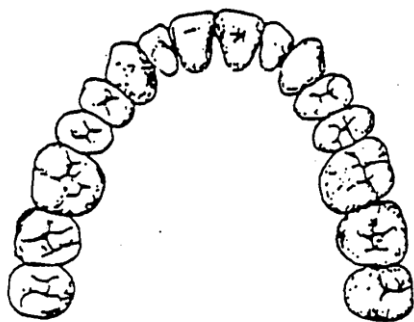
[Empty light blue box for immediate measures]

Behandlungsplan: (Kurzbeschreibung, zahnweise)

[Empty light blue box for treatment plan]

8. **Schema Behandlungsmassnahmen / Zahnersatz**

rechts Oberkiefer links rechts Unterkiefer links



9. Weitere, in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen?

- NEIN, keine
 JA, welche:

10. Attest der aktiven (positiven) Patientenmitarbeit und der Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis (Compliance-Attest)*

(Ärztliches Attest)

Ich bestätige, dass der Patient / die Patientin über die letzten **18 Monate** bei mir / bei:

Ja Nein

..... 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.

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

11. Kostenvoranschlag mit Zahnnummer zu Tarifposition als Beilage (Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit * bezeichnen oder sonst klar zum Ausdruck bringen)

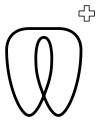
Ort und Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt
Praxisstempel

Beilage: Kostenvoranschlag (inkl. Labor oder Zahntechniker)
Rechnung (bei Notfallbehandlung)
Röntgenbilder / OPT oder PGU (hochauflösend als pdf- oder tif-Datei)

***) 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. Verzweigung, administrative Massnahmen der Aufsichtsbehörden, Ausschluss aus der Sozialzahnmedizin u.a.).



Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz (VKZS)
Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDCS)
Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (ADMCS)
Swiss association of cantonal chief dental officers (SACCCDO)

Anhang Befreiung vom Arzt- und Amtsgeheimnis, Abtretungserklärung EL

Version
Januar 19.1

Patientenbegleitblatt Zahnärztliche Behandlung zulasten von Sozialversicherungs- und Fürsorgestellen

Zulasten von

1. Patient

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

2. Zuständige Behördenstelle

Name, Bezeichnung	Asylsozialdienst
Adresse, Adresszusatz	Effingerstrasse 33
PLZ Ort	3008 Bern
Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail	031 321 60 36 / asylsozialdienst@bern.ch

3. Behandler

Name, Bezeichnung	
Adresse, Adresszusatz	
PLZ Ort	
Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail	
ZSR-Nr. des Zahnarztes	

4. Entbindung vom Patienten- und Amtsgeheimnis

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt, die oben genannten Sozialbehörden/Sozialfachleute und der beratende Zahnarzt dieser Behörde miteinander meine zahnärztlichen Befunde, die Behandlungsplanung und die Behandlungsprognose besprechen dürfen. Diese Erlaubnis gilt für die laufende Behandlung.

Bern, DatumHeute2

.....
(Unterschrift Patient)

5. Abtretungserklärung Direktzahlung bei Ergänzungsleistungen AHV/IV

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt mit der Sozialversicherung **direkt** abrechnet. Ich bin ausdrücklich bereit die Kosten für allfällig versäumte Sitzungen selber zu tragen. Diese Erlaubnis gilt für die laufende Behandlung und über den Tod hinaus.

Bern, DatumHeute2

.....
(Unterschrift Patient)

6. Einzureichende Beurteilungsunterlagen zuhanden des beratenden Zahnarztes

(für vollständige Planungsunterlagen kann Pos. 4.0400 abgerechnet werden)

Einreichen an:	Beurteilungsunterlagen
Behördenstelle	Angabe des Behandlungsziels: Notfall / funktionelle Sanierung / kosmetische Sanierung / subjektiver Bedarf
Behördenstelle	zahnweise Planung mit Planungsskizze, Zahnschema
Behördenstelle	Kostenvoranschlag nach UV/MV/IV Tarif: Zahnnummer – Taxposition – Kurzbeschreibung – Anzahl TP Bei Zahntechnikkosten über Fr. 1'000.- schriftlicher Labor-Kostenvoranschlag
Behördenstelle	Befunde: Röntgenbilder (Bitewing, einzelne Zahnrontgenbilder oder OPT, bei digitalen Röntgenbildern Ausdruck in Fotoqualität oder JPG/TIF-Datei auf Datenträger)
Behördenstelle	Angabe von noch pendenten Massnahmen und Vorbehalten (kursorisch auf ca. 5 Jahre)
Behördenstelle	Schriftliche Begründung von speziellen Massnahmen, je nach Fall Compliance- und Kauffähigkeitsattest
Beratenden ZA	Auf Verlangen: CO ₂ Status, Parodontaler Kurzbefund, Taschenbefund, Studienmodelle u.a.