

Sozialzahnprothetik Gesuch um Kostenübernahme	Standard Version gültig ab 2019
---	---

Administrative Angaben

1. Patientin / Patient

AHV-Nr. / Personal-Nr.	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Zusatz	
PLZ Ort	
Telefon	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

2. Kostenträger

Gemeinde	
Amt / Bezeichnung	
Adresse	
Zusatz	
PLZ Ort	
Sachbearbeiter/-in	
Telefon, E-Mail	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Asylwesen <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen EL

3. Zahnprothetikerpraxis

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

Einverständnis der Patientin / des Patienten oder der Vertretung

4. Entbindung vom Berufs- und Arztgeheimnis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Zahnprothetikerin / mein Zahnprothetiker, die allenfalls mitbehandelnde Zahnärztin / den allenfalls mitbehandelnden Zahnarzt und die oben genannte Behörde / Stelle, sowie die beratende Zahnärztin / der beratende Zahnarzt dieser Behörde miteinander über meine zahnprothetischen Befunde, die Behandlungsplanung, die 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 Patientin / Patient 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 der behandelnden Zahnprothetikerin / dem behandelndem Zahnprothetiker, sowie der allenfalls mitbehandelnden Zahnärztin / Zahnarzt abrechnet. Ich verpflichte mich, die Kosten für versäumte Sitzungen selber zu tragen und allfällige Rückvergütungen der Krankenkasse an die EL-Stelle zurück zu erstatten. Diese Erlaubnis gilt nur für die laufende Behandlung.
<input type="checkbox"/>	Keine Abtretung Ich bezahle die Zahnprothetikerrechnung selber. Die Kosten werden von der EL-Stelle nur rückerstattet bei Vorlegen einer detaillierten Rechnung 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 Patientin / Patient oder Vertretung
------------	--

6. Einverständnis mit dem Behandlungsplan

Ich bin mit diesem vorgeschlagenen Behandlungsplan einverstanden.

Meine Zahnprothetikerin / mein Zahnprothetiker hat mich über die vorgesehenen Massnahmen und möglichen Risiken aufgeklärt.
Insbesondere wurde ich darüber informiert, dass im Rahmen der sozialen Zahnmedizin nur einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Therapien möglich sind.

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

Befundaufnahme

7. Allgemeines

Datum		
Grund der Befundaufnahme / Anliegen		
Neupatient	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

Mundhygiene, Pflegezustand, Motivation	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Kieferknochen, Mukosa, Weichteile	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Gingiva	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Kieferkammatrophy	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> stark
Zahnersatz vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Vertikale Dimension	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Abrasion	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> stark
Statik	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mässig	<input type="checkbox"/> schlecht
Bemerkungen:			

9. Zahnappell (bitte vorhandene Zähne markieren)

Bleibendes Gebiss															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Mitbehandelnde Zahnarztpraxis bei Restzahnbestand

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

Behandlungsplan

11. Prothetisches Behandlungsziel (betreffendes Ziel, auf das sich die Planung bezieht, ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Sanierung bei guter Prognose und gesicherter aktiver Mitarbeit
<input type="checkbox"/>	Erhaltungsphase (Kontrollen, Prophylaxe)
Bemerkungen:	

12. Sofortmassnahmen Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen

Diagnostische Massnahmen	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Spezialist
Therapeutische Sofortmassnahmen	<input type="checkbox"/> Reparatur	<input type="checkbox"/> direkte Unterfütterung
Präventive Sofortmassnahmen	<input type="checkbox"/> Bisskorrektur	

13. Behandlungsplan

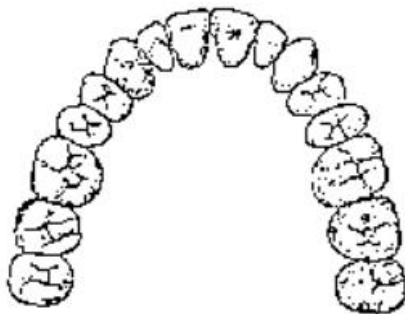
Kurzbeschreibung	
Neuanfertigung	Reparatur

14. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes

<input type="checkbox"/> OK Totalprothese	<input type="checkbox"/> UK Totalprothese	<input type="checkbox"/> OK / UK Totalprothese
---	---	--

15. Schema Teilprothese gemäss Restzahnbefund des mitbehandelnden Zahnarztes

rechts	Oberkiefer	links	rechts	Unterkiefer	links
--------	-------------------	-------	--------	--------------------	-------



16. Langzeitplanung

Weitere, in den nächsten 5 Jahren absehbare Behandlungen	
<input type="checkbox"/>	Erhaltungsphase Kontrolle / Prophylaxe
<input type="checkbox"/>	Bei Immediatprothese, zweimal direkte, einmal indirekte Unterfütterungen

17. Beilagen

<input type="checkbox"/>	Kostenvoranschlag zum Sozialzahnprothetiktarif <small>Bereits erbrachte Sofortmassnahmen mit * kennzeichnen Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit der Tarifposition 5041 in Rechnung gestellt werden</small>
<input type="checkbox"/>	Zahnschema mit Legende
<input type="checkbox"/>	Rechnung zum Sozialzahnprothetiktarif
<input type="checkbox"/>	Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (SV-Tarif, gemäss Konkordanzliste "sozial")
<input type="checkbox"/>	Fotos der zu ersetzenden Prothesen

18. Erklärung der behandelnden Zahnprothetikerin / des Zahnprothetikers

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Die Patientin / der Patient war während der letzten 18 Monate regelmässig bei mir in zahnprothetischer Kontrolle und wurde zur Prophylaxe / Dentalhygiene bei Restbezahnung / Implantate oder zahnwurzelgetragenen Druckknöpfen von der mitbehandelnden Zahnärztin / Zahnarzt aufgeboten.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Während dieser Zeit hat die Patientin / der Patient (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
Die Patientin / der Patient / die Vertretung wurde über die administrativen 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	Unterschrift Zahnprothetikerin / Zahnprothetiker
------------	--

19. Hinweise

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

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

Behandlungsempfehlungen finden Sie auf www.szpv.ch oder www.kantonszahnarzt.zh.ch