

# Ergänzungsleistungen zur AHV/IV Abklärung Zahnbehandlungskosten

## 1. Patient / Patientin

Vers-Nr. / Patienten-Nr. 756.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

## 2. Zahnarztpraxis, Klinik

Name, Bezeichnung \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter, Telefon, Mail \_\_\_\_\_

## 3. Entbindung Arztgeheimnis

Der / die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt / die behandelnde Zahnärztin gegenüber der AKSO und gegenüber dem beratenden Zahnarzt / der beratenden Zahnärztin dieser Behörde / Stelle Auskünfte erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose. Die versicherte Person entbindet die AKSO von der Schweigepflicht bezogen auf die Rückvergütung der Kosten und ist einverstanden, dass die AKSO mit der behandelnden Praxis direkt korrespondiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin

## A. Befunde

### 1. Datum und Grund der Befundaufnahme:

### 2. Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)

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

### 3. Befunde

#### 3.1. Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

#### 3.2. Kieferknochen und Weichteile:

#### 3.3 Parodontaler Zustand:

3.4 Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

3.5 Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste:

3.6 Zahnersatz / kieferorthopädische Apparaturen (genaue Angaben über Zustand und allfällige Schäden):

## B. Diagnose

Beschreibung:

## C. 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.  
Dafür: Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung

**SANIERUNG / TEILSANIERUNG**  
Begründung, Beschreibung (kurz):

## D. Planung

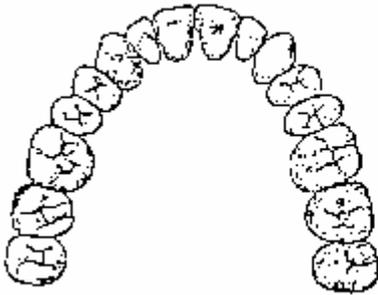
Bitte beachten Sie beim Erstellen des Behandlungsplans das Merkblatt Ergänzungsleistungen (EL) Vergütung von Zahnbehandlungskosten und die Behandlungsempfehlungen der Kantonszahnärzte Schweiz. [Merkblatt Zahnbehandlungskosten](#) und [Behandlungsempfehlungen – Vereinigung Kantonszahnärzte](#)

1. **Sofortmassnahmen:** Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen:

2. **Behandlungsplan:** (Kurzbeschreibung, zahnweise)

### 3. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes

rechts    Oberkiefer    links



rechts    Unterkiefer    links



### 4. Weitere in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen

NEIN, keine

JA, welche?

### 5. Persönliches Behandlungsumfeld, Attest einer aktiven (positiven) Patientenmitarbeit und der Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis / Klinik (Compliance-Attest)

#### Ärztliches Attest

Falsche Atteste bzw. Gefälligkeitsatteste können gesundheitspolizeiliche und aufsichtsrechtliche Massnahmen nach sich ziehen.

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

JA     NEIN

Der Patient ist weiterhin gewillt alle notwendigen Massnahmen zum Erhalt der oralen Gesundheit (Zahnhygiene, Reduktion des Rauchens, etc.) aktiv durchzuführen.

JA     NEIN

### 6. Kostenvoranschlag (UVG-Tarif) mit Zahnnummer zu Tarifposition als Beilage

Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen klar markieren.

Für Zahntechnikkosten Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (UVG-Tarif) beilegen.

Ich bestätige, dass auf dem Kostenvoranschlag keine Behandlungen, welche eine KVG Pflichtleistung nach Art. 17 – 19a KLV betreffen, aufgeführt sind.

JA     NEIN

Ort und Datum

Praxisstempel / Unterschrift BehandlerIn / PraxisinhaberIn

**Beilagen:** Kostenvoranschlag, Röntgenbilder / OPT – Kopie (allenfalls in digitaler Form als PDF Datei)