

**Zahnformular Sozialzahnmedizin**

(Asylwesen / Sozialhilfe / Ergänzungsleistungen)

**1. Patient / Patientin**

<b>AHV-Nr. / PN-Nr.</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>PLZ Ort</b>	

**2. Kostenträger / Sozialamt / EL-Stelle**

<b>Name, Bezeichnung</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>PLZ Ort</b>	
<b>Sachbearbeiter, Telefon, Mail</b>	

**3. Zahnarzt/Zahnärztin, Klinik**

<b>Name, Bezeichnung</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>PLZ Ort</b>	
<b>Sachbearbeiter, Telefon, Mail</b>	
<b>ZSR-Nummer des Zahnarztes/der Zahnärztin</b>	

**A. Befunde****1. Datum und Grund der Befundaufnahme:**

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

	V IV III II I   I III III IV V	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	
	-----	-----	
	V IV III II I   I III III IV V	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 oder Weichteile:

3.3. Parodontaler Zustand:

3.4. Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

3.5. fehlende Zähne:

3.6. Wurzelreste:

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

**B. Diagnose****Beschreibung:****Für Kieferorthopädie zusätzlich:**

- Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden  
 Grad 2 – Behandlung wünschenswert  
 Grad 3 – Behandlung notwendig: Ziffer :  
 Grad 4 – Behandlung zwingend: Ziffer :

Patient: Name:..... Vorname:.....

**C. Behandlungsziel**

**ABWARTEN: (Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist noch nicht gesichert):**  
Daher: Schmerzbehandlung, Endodontie bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener Frontbeziehung, dentaler Volumenersatz mittels langfristig provisorischer Massnahmen, Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung

Begründung (kurz):

**SANIERUNG (Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert)**

Begründung (kurz):

**D. Planung****1. Sofortmassnahmen**

1.1. Diagnostische Massnahmen

1.2. Therapeutische Sofortmassnahmen

**2. Behandlungsplan****3. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes**

rechts Oberkiefer links



rechts Unterkiefer links

**4. Weitere in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen****5. 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: ..... 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**

Der Patient ist Raucher / die Patientin ist Raucherin  **JA**  **NEIN**

Falls Raucher / Raucherin: Der Patient / die Patientin ist darüber informiert, dass langjährig 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**

Meine Praxis verfügt über ein Recallsystem und kann den Patienten / die Patientin regelmässig nachkontrollieren und zahnärztlich weiter betreuen.  **JA**  **NEIN**

**6. 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:

Beilage: Rechnung / Kostenvoranschlag  
Rx- Kopie