



Formular Sozialzahnmedizin

(Asylwesen / Sozialhilfe / Ergänzungsleistungen)

1. Patient

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

2. Zuständige Behördenstelle (Kostenträger / Sozialamt / EL-Stelle)

Name, Bezeichnung	Name, Bezeichnung
Adresse, Adresszusatz	Adresse, Adresszusatz
PLZ Ort	PLZ, Ort
Sachbearbeiter,	Sachbearbeiter
Telefon, E-Mail	Telefon, E-Mail

3. Zahnarzt, Klinik

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

A. Befunde

1. Datum und Grund der Befundaufnahme:

Datum:

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

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
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

3. Befunde

3.1. Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

3.2. Kieferknochen oder Weichteile:

3.3. Parodontaler Zustand:

3.4. Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

5. Wurzelreste:

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

4. Behandlungsrelevante medizinische oder psychosoziale Faktoren:

Patient: Name:

Vorname:

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 :

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

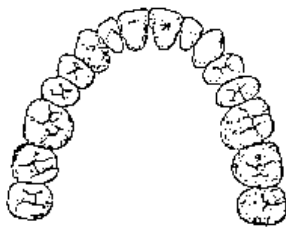
1.2. Therapeutische Massnahmen

2. Behandlungsplan

3. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes

rechts Oberkiefer links

rechts Unterkiefer links



4. Weitere in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlung B

Patient: Name:

Vorname:

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

(Ärztliches Attest)

Ich bestätige, dass der Patient über die letzten **18 Monate** bei mir / bei: _____ in **regelmässiger** zahnärztlicher **Kontrolle** war, seit dieser Zeit **aktiv** an einer Erhaltung seiner oralen

Gesundheit mitarbeitet und für diesen Zeitraum eine gute und adäquate Mundhygiene aufweist. Ja Nein

Der Patient ist **Raucher** Ja Nein

Falls Raucher: Der Patient ist darüber informiert, dass langjährig starkes Rauchen schädlich ist für das Parodont und den Erhalt der oralen Gesundheit. Er 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 **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)

Unterschrift: _____

Beilage: Rechnung / Kostenvoranschlag
Röntgenbilder /OPT-Kopie (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. Verzeigung, administrative Massnahmen der Aufsichtsbehörden, Ausschluss aus der Sozialmedizin u.a.).