

Zahnformular Sozialzahnmedizin

(Asylwesen / Sozialhilfe / Ergänzungsleistungen)

1. Patient / Patientin

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

2. Kostenträger / Sozialamt / EL-Stelle

Name, Bezeichnung	
Adresse	
PLZ Ort	
Sachbearbeiter, Telefon, Mail	

3. Zahnarzt/Zahnärztin, Klinik

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

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