

Formular Sozialzahnmedizin

WICHTIG: Vor Behandlungsbeginn ist die Kostengutsprache abzuwarten.

1. Patient / Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
PLZ / Ort:	

2. Zuständige Stelle / Kostenträger:

Name, Bezeichnung:	Sozialdienste Zollikofen
Adresse:	Wahlackerstrasse 25
PLZ / Ort:	3052 Zollikofen
Zuständige Person:	
Telefon / E-Mail:	

3. Zahnarztpraxis / Klinik:

Name, Bezeichnung:	
Adresse:	
PLZ / Ort:	
Zuständige Person:	
Telefon / E-Mail:	
ZSR-Nr. Zahnarzt / Zahnärztin:	

A. Befunde:

1. Datum und Grund der Befundaufnahme:

Datum: _____

Krankheitsbedingter Zahnschaden?

JA

NEIN

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

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

V IV III II I | I II III IV V
 V IV III II I | I II III IV V

3. Befunde:

3.1 Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

3.2 Kieferknochen, Weichteile:

3.3 Parodontaler Zustand:

3.4 Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

3.5 Wurzelreste:

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

4. Behandlungsrelevante medizinische oder psychosoziale Faktoren:

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 Frontbezahnung, dentaler Volumenersatz mittels langfristig provisorischer Massnahmen, Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung.)
Kurze Begründung:

- Sanierung:**
(Aktive und kontrollierte Mitarbeit für die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert.)
Kurze Begründung:

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 Behandlungen?

NEIN

JA, welche:

5. Ärztliches Attest¹ der aktiven (positiven) Patientenmitarbeit und der Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis (Compliance-Attest):

5.1 Ich bestätige, dass der Patient / die Patientin über die letzten 18 Monate bei mir oder

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**

5.2 Der Patient ist Raucher / die Patientin ist Raucherin:

JA **NEIN**

5.3 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**

5.4 Meine Praxis / unsere Klinik verfügt über ein Recallsystem und kann den Patienten / die Patientin regelmässig nachkontrollieren und zahnärztlich weiter betreuen:

JA **NEIN**

6. Kostenvoranschlag (Taxpunktwert 1.0) mit Zahnnummer zu Tarifposition als Beilage (Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit * bezeichnen oder sonst klar zum Ausdruck bringen).

Ort / Datum:

**Unterschrift Zahnarzt / Zahnärztin
und Praxisstempel:**

Beilagen:

- Kostenvoranschlag
- Rechnung (bei Notfallbehandlung)
- Röntgenbilder / OPT-Kopie (hochauflösend als PDF- oder TIF-Datei auf CD)

¹ 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 Sozialzahnmedizin u.a.).