



Informationen:
041 819 04 25
info@aksz.ch
www.aksz.ch

Sachbearbeiter
Name: _____
Tel. direkt: _____
(durch Ausgleichskasse auszufüllen)

Überbrückungsleistungen zur AHV/IV Abklärung Zahnbehandlungskosten

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

1 Patient / Patientin

AHV-Nummer . . .

Name / Vorname _____

Strasse / Nr. _____

Postfach _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

2 Zahnarztpraxis, Klinik

Name, Bezeichnung _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Sachbearbeiter (Name / Telefon / E-Mail) _____

3 Entbindung Arztgeheimnis

Der / die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt / die behandelnde Zahnärztin gegenüber der Ausgleichskasse Schwyz und gegenüber dem beratenden Zahnarzt / der beratenden Zahnärztin der Ausgleichskasse Schwyz Auskünfte erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose.

Ort und Datum

Unterschrift Patient/in

A Befunde

Datum der Befundaufnahme: _____

Grund der Befundaufnahme: _____

Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung:

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

(fehlende Zähne streichen)

Befunde:

Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

Kieferknochen und Weichteile:

Parodontaler Zustand:

Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste:

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

B Diagnose

Beschreibung:

Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden

Grad 2 – Behandlung wünschenswert

Grad 3 – Behandlung notwendig: Ziffer _____

Grad 4 – Behandlung notwendig: Ziffer _____

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 (aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert).

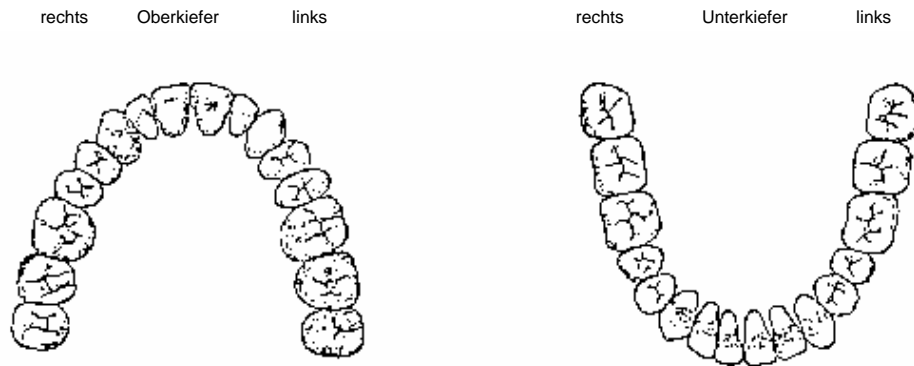
Begründung, Beschrieb: _____

D Planung

1. Sofortmassnahmen: Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen:

2. Behandlungsplan: Kurzbeschreibung (Zahnweise):

3. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes:



4. Gibt es in den nächsten fünf Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen:

- ja welche: _____
- _____
- nein

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

- ja nein

6. Anamnese:

Allgemeiner medizinischer Hintergrund

Medikamente: _____

Erkrankungen: _____

Nikotinkonsum: nein
 ja Anzahl Zigaretten/Tag: _____ Anzahl Zigarren/Tag: _____ Anzahl Pfeifen/Tag: _____

Alkoholkonsum: keiner unregelmässig täglich

Einschränkungen, die das Pflegen der Zähne in der Mundhöhle beeinträchtigen:
 keine bedingt eingeschränkt deutlich eingeschränkt

Grund der Einschränkung: _____

Zu erwartende Compliance:
 gut fragwürdig schlecht

Soziales Umfeld (wichtig bei Patienten, die auf Betreuung angewiesen sind)
 gesichert unklar ungesichert

7. Kostenvoranschlag (UV/MV/IV-Tarif) mit Zahnnummer zu Tarifposition als Beilage **)

Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit * bezeichnen oder sonst klar markieren.

Für Zahntechnikkosten Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (UV/MV/IV-Tarif) beilegen.

Die unterzeichnende Person bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind. Sie nimmt insbesondere zur Kenntnis, dass die Kosten für Behandlungen, welche nicht Gegenstand des Kostenvoranschlags sind oder nicht im Rahmen einer Gesamtplanung ermittelt wurden, nicht durch die Ausgleichskasse Schwyz vergütet werden. Abweichungen (Mehrkosten) gegenüber dem Kostenvoranschlag sind immer sofort zu melden und zu begründen.

Ort und Datum

Praxisstempel / Unterschrift Behandelnder / Praxisinhaber

Beilagen: Rechnung / Kostenvoranschlag, Röntgenbilder / OPT-Kopie (als PDF oder TIFF-Datei auf CD)

*) ärztliches Attest: Es wird speziell darauf aufmerksam gemacht, dass falsche Atteste bzw. Gefälligkeitsatteste gesundheitspolizeiliche und aufsichtsrechtliche Massnahmen nach sich ziehen können (z.B. Verzeigung, administrative Massnahmen der Aufsichtsbehörden, Ausschluss aus der Sozialzahnmedizin u.a.)

**) Kostenvoranschlag: Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Pos. 4040 in Rechnung gestellt werden.