



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

Sachbearbeiter  
Name: \_\_\_\_\_  
Tel. direkt: \_\_\_\_\_  
(durch Ausgleichskasse auszufüllen)

## Ergänzungsleistungen zur AHV/IV Abklärung Zahnbehandlungskosten

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

### 1 Patient / Patientin

Versicherten-Nr. 

7	5	6									
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--	--	--

 . 

--	--	--	--	--	--

 . 

--	--

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
-----																

(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
-----																

---

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:

---

---

---

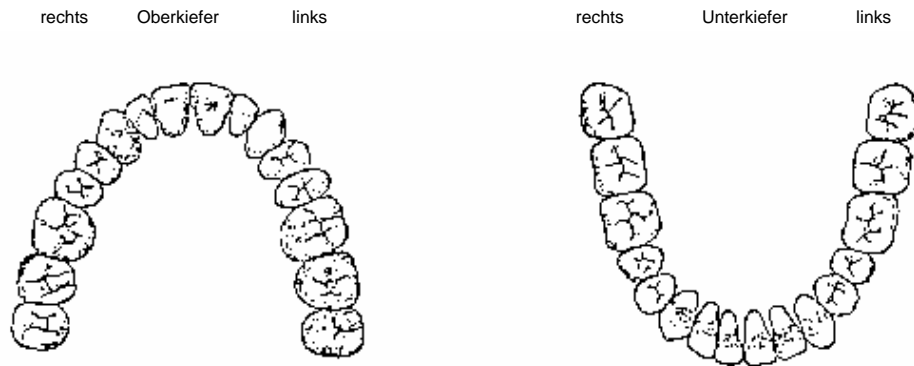
2. Behandlungsplan: Kurzbeschreibung (Zahnweise):

---

---

---

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.