

Zahnformular Sozialzahnmedizin

Vor Behandlungsbeginn ist die Kostengutsprache abzuwarten

Patient/Patientin

Name, Vorname Geburtsjahr Adresse PLZ Ort	
--	--

Zahnarztpraxis / Klinik

Name, Bezeichnung Adresse PLZ Ort Zuständig, Telefon, Mail	
---	--

1. Krankheitsbedingter Zahnschaden?

Ja

Nein

2. Datum der Befundaufnahme

.....

3. Zahnappell z.Zt. 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

4. Befunde

4.1 Mundhygiene, Pflegezustand, Motivation:

4.2 Kieferknochen, Weichteile:

4.3 Parodontaler Zustand:

4.4 Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

4.5 Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste:

4.6 Zahnersatz

(genaue Angaben zum Zustand, Alter, Schäden des Zahnersatzes):

5. Diagnose

Beschreibung:

6. Behandlungsziel

- Abwarten** (Aktive, kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist noch nicht gesichert):
Daher: Schmerzbehandlung, Endodontie nur bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener Front-
beziehung, dentaler Volumenersatz mittels langfristig provisorischer Massnahmen. Dafür: Hygieneintensiv-
programm und Motivation zur Selbstverantwortung
- Sanierung / Teilsanierung** (Aktive, kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert
und attestiert, siehe Compliance-Attest unter Punkt 11)

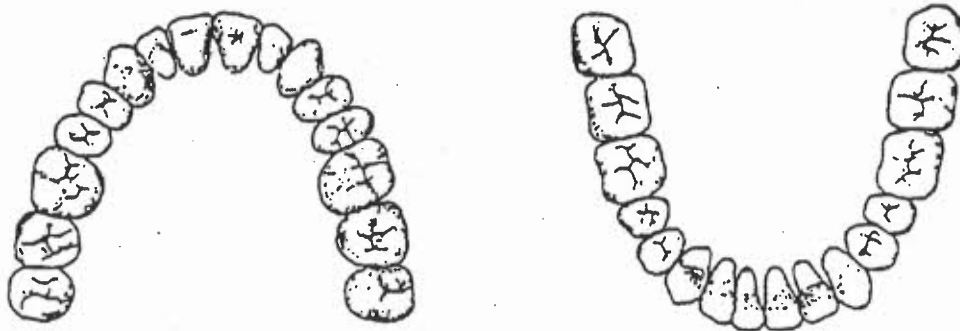
7. Planung

Sofortmassnahmen:

Behandlungsplan: (Kurzbeschreibung, zahnweise)

8. Schema Behandlungsmassnahmen / Zahnersatz

rechts Oberkiefer links rechts Unterkiefer links



9. Weitere, in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen?

- NEIN, keine
- JA, welche:

10. Kostenvoranschlag

(Taxpunktwert Fr. 1.00, Taxpunkte zum SV-Tarif) mit Tarifposition, Zahnnummer, Leistungsbeschreibung, Anzahl und Taxpunkte als Beilage, notfallmässige Behandlung mit ● bezeichnen; Zahntechnikkosten mit Kostenvoranschlag Zahntechnik beilegen.

Der Kostenvoranschlag kann - unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien - mit einer Praxis-Software erstellt werden

11. 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 mitarbeitet 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 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

Beilagen: Kostenvoranschlag / Rechnung (bei Notfallbehandlung)

Röntgenbilder/ OPT (allenfalls in digitaler Form als pdf- oder tif-Datei auf CD).

Ort und Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt/ Praxisstempel

*) 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. Verzelgung, administrative Massnahmen der Aufsichtsbehörden, Ausschluss aus der Sozialzahnmedizin u.a.).