**Anhang** Befreiung vom Arzt- und Amtsgeheimnis, Abtretungserklärung EL

Version Januar 19.1

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientenbegleitblatt**  **Zahnärztliche Behandlung zulasten von**  **Sozialversicherungs- und Fürsorgestellen** | Zulasten von |

1. **Patient**

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

1. **Zuständige Behördenstelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Bezeichnung  Adresse, Adresszusatz  PLZ Ort  Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail | Name, Bezeichnung  Adresse, Adresszusatz  PLZ Ort  Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail |

1. **Behandler**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Bezeichnung  Adresse, Adresszusatz  PLZ Ort  Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail  ZSR-Nr. des Zahnarztes | Name, Bezeichnung  Adresse, Adresszusatz  PLZ, Ort  Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail  ZSR-Nr. |

1. **Entbindung vom Patienten- und Amtsgeheimnis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt, die oben genannten Sozialbehörden/Sozialfachleute und der beratende Zahnarzt dieser Behörde miteinander meine zahnärztlichen Befunde, die Behandlungsplanung und die Behandlungsprognose besprechen dürfen. Diese Erlaubnis gilt für die laufende Behandlung. | | | |
|  |  | |  |
| Tippen Sie hier den Ort ein., Datum | | ……………………………………………………………………............  (Unterschrift Patient) | |

1. **Abtretungserklärung Direktzahlung bei Ergänzungsleistungen AHV/IV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt mit der Sozialversicherung **direkt** abrechnet. Ich bin ausdrücklich bereit die Kosten für allfällig versäumte Sitzungen selber zu tragen. Diese Erlaubnis gilt für die laufende Behandlung und über den Tod hinaus. | | | |
|  |  | |  |
| Tippen Sie hier den Ort ein., Datum | | ……………………………………………………………………............  (Unterschrift Patient) | |

1. **Einzureichende Beurteilungsunterlagen zuhanden des beratenden Zahnarztes**

|  |  |
| --- | --- |
| (für vollständige Planungsunterlagen kann Pos. 4.0400 abgerechnet werden) | |
| **Einreichen an:** | **Beurteilungsunterlagen** |
| Behördenstelle | Angabe des Behandlungsziels:  Notfall / funktionelle Sanierung / kosmetische Sanierung / subjektiver Bedarf |
| Behördenstelle | zahnweise Planung mit Planungsskizze, Zahnschema |
| Behördenstelle | Kostenvoranschlag nach UV/MV/IV Tarif:  Zahnnummer – Taxposition – Kurzbeschrieb – Anzahl TP  Bei Zahntechnikkosten über Fr. 1‘000.- schriftlicher Labor-Kostenvoranschlag |
| Behördenstelle | Befunde: Röntgenbilder (Bitewing, einzelne Zahnröntgenbilder oder OPT, bei digitalen Röntgenbildern Ausdruck in Fotoqualität oder JPG/TIF-Datei auf Datenträger) |
| Behördenstelle | Angabe von noch pendenten Massnahmen und Vorbehalten (kursorisch auf ca. 5 Jahre) |
| Behördenstelle | Schriftliche Begründung von speziellen Massnahmen, je nach Fall Compliance- und Kaufähigkeitsattest |
| Beratenden ZA | Auf Verlangen: CO2 Status, Parodontaler Kurzbefund, Taschenbefund, Studienmodelle u.a. |