Version Januar 18.3

**Formular Sozialzahnmedizin** (Asylwesen / Sozialhilfe / Ergänzungsleistungen)

1. **Patient**

|  |  |
| --- | --- |
| AHV-Nr. / PN-Nr.Name, VornameAdresse, AdresszusatzPLZ OrtTelefon | AHV-Nr., PN-Nr.Name VornameAdresse, AdresszusatzPLZ. OrtTelefon |

1. **Zuständige Behördenstelle (Kostenträger / Sozialamt / EL-Stelle)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, BezeichnungAdresse, AdresszusatzPLZ OrtSachbearbeiter,Telefon, E-Mail | Name, BezeichnungAdresse, Adresszusatz PLZ Ort SachbearbeiterTelefon, E-Mail |

1. **Zahnarzt, Klinik**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, BezeichnungAdresse, AdresszusatzPLZ OrtSachbearbeiterTelefon, E-MailZSR-Nr. des Zahnarztes | Name, BezeichnungAdresse, AdresszusatzPLZ, OrtSachbearbeiter,Telefon, E-MailZSR-Nr. |

1. **Befunde**
2. **Datum und Grund der Befundaufnahme:**

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Grund der Befundaufnahme einzugeben.

1. **Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung (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

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

1. **Befunde**
	1. Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Kieferknochen oder Weichteile:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Parodontaler Zustand:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Wurzelreste:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. Zahnersatz / kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Zustand und allfällige Schäden):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Behandlungsrelevante medizinische oder psychosoziale Faktoren:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Patient**: Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Name einzugeben. Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Vorname einzugeben.

1. **Diagnose**

**Beschreibung:**Klicken oder tippen Sie hier, um Diagnosebeschreibung einzugeben.

**Für Kieferorthopädie zusätzlich:**

[ ]  Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden

[ ]  Grad 2 – Behandlung wünschenswert

[ ]  Grad 3 – Behandlung notwendig: Ziffer : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Grad 4 – Behandlung zwingend: Ziffer : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **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

Begründung (kurz): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  **Sanierung** (Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert)
Begründung (kurz): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Planung**
2. **Sofortmassnahmen**
	1. **Diagnostische Massnahmen**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	2. **Therapeutische Massnahmen**
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
3. **Behandlungsplan**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
4. **Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes**

rechts Oberkiefer links rechts Unterkiefer links



1. **Weitere in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Patient**: Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Name einzugeben. Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Vorname einzugeben.

1. **Attest der aktiven (positiven) Patientenmitarbeit und der Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis (Compliance-Attest)\***

**(Ärztliches Attest)**

Ich bestätige, dass der Patient über die letzten **18 Monate** bei mir / bei: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. in **regelmässiger** zahnärztlicher **Kontrolle** war, seit dieser Zeit **aktiv** an einer Erhaltung seiner oralen Gesundheit mitarbeitet und für diesen Zeitraum eine gute und adäquate Mundhygiene aufweist.  [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

Der Patient ist **Raucher** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

Falls Raucher: Der Patient ist darüber informiert, dass langjährig starkes Rauchen schädlich ist für das Parodont und den Erhalt der oralen Gesundheit. Er ist gewillt, das Rauchen zu reduzieren und wenn möglich mit dem Rauchen ganz aufzuhören.  [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

Meine Praxis verfügt über ein **Recallsystem** und kann den Patienten **regelmässig nachkontrollieren** und zahnärztlich weiter betreuen.

 [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

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

Tippen Sie hier den Ort ein., Datum Unterschrift: ..................................................................

Beilage: Rechnung / Kostenvoranschlag

Röntgenbilder /OPT-Kopie (hochauflösend als PDF- oder TIF-Datei).

\*) 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. Verzeigung, administrative Massnahmen der Aufsichtsbehörden, Ausschluss aus der Sozialmedizin u.a.).