

## Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

# Abklärung der Kosten für kieferorthopädische Behandlung

### 1. Patient / Patientin

Vers-Nr. 756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Eltern \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

### 2. Behandelnder Zahnarzt / Fachzahnarzt SSO für Kieferorthopädie

Verdacht auf Behandlungsnotwendigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kosten für eine kieferorthopädische Abklärung: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie beim Erstellen des Behandlungsplans das Merkblatt Ergänzungsleistungen (EL) Vergütung von Zahnbehandlungskosten und die Behandlungsempfehlungen der Kantonszahnärzte Schweiz.**

**[Merkblatt Zahnbehandlungskosten](#) und [Behandlungsempfehlungen – Vereinigung Kantonszahnärzte](#)**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt / Fachzahnarzt SSO für Kieferorthopädie

### 3. Entbindung Arztgeheimnis

Der / die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt / die behandelnde Zahnärztin gegenüber der AKSO und gegenüber dem beratenden Zahnarzt / der beratenden Zahnärztin dieser Behörde / Stelle Auskünfte erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose. Die versicherte Person entbindet die AKSO von der Schweigepflicht bezogen auf die Rückvergütung der Kosten und ist einverstanden, dass die AKSO mit der behandelnden Praxis direkt korrespondiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin / Eltern

# A. Diagnose

Beschreibung:

---

---

Hygiene gewährleistet:

**JA**                       **NEIN** Hygieneattest des Familien-/ Schulzahnarztes notwendig

Bedingungen der Invalidenversicherung erfüllt:

**JA**                       **NEIN**

# B. Behandlungsplan (ggf. detaillierter Behandlungsplan/Kostenvoranschlag beilegen)

Nr	Behandlungsziel	Mittel	Dauer	Kosten
1				
2				
3				
4				
Total:				

Beilagen:  OPT     Fotos     Studienmodell     Fernröntgenbild (FR)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt / Fachzahnarzt SSO für Kieferorthopädie

# C. Beitragsgesuch

Der / die Unterzeichnende ist mit dem Behandlungsplan einverstanden und gewillt alle notwendigen Massnahmen zum Erhalt der oralen Gesundheit (Mundhygiene, Reduktion der Häufigkeit von Zuckerkonsum, etc.) und eine genügende Mitarbeit sicherzustellen.

**JA**                       **NEIN**

Sind private Versicherungen oder andere finanzielle Unterstützungen für die Behandlung vorhanden/geplant? Allfällige Änderungen sind der Ausgleichskasse mitzuteilen.

**JA, welche?** \_\_\_\_\_

**NEIN, keine**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin / Eltern