

Ergänzungsleistungen zur AHV/IV Abklärung Zahnbehandlungskosten

1. Patient / Patientin

Vers-Nr. / Patienten-Nr. 756._____._____._____/_____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum ____/____/____

Adresse _____

PLZ Ort _____

2. Zahnarztpraxis, Klinik

Name, Bezeichnung _____

Adresse _____

PLZ und Ort _____

Sachbearbeitung, Telefon, Mail _____

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

4. Direktzahlung von Zahnbehandlungskosten

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt die behandelnde Zahnärztin mit der AKSO direkt abrechnet.

Er/sie ist bereit, die Kosten für allfällig versäumte Sitzungen persönlich zu übernehmen und allfällige Rückvergütungen der Krankenkasse nachträglich an die Sozialversicherung zu erstatten.

Der Patient oder die Patientin ist gegenüber dem Zahnarzt oder der Zahnärztin Auftraggeber/in und Honorarschuldner/in.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin

A. Befunde

1. Datum und Grund der Befundaufnahme:

2. Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)

V IV III II I | I II III IV V

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

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Befunde

3.1. Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

3.2. Kieferknochen und Weichteile:

3.3 Parodontaler Zustand:

3.4 Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

3.5 Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste:

3.6 Zahnersatz / kieferorthopädische Apparaturen (genaue Angaben über Zustand und allfällige Schäden):

B. Diagnose

Beschreibung:

C. Behandlungsziel

1. Sofortmassnahmen (Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen):

2. Behandlungsplan: (Kurzbeschreibung, zahnweise)

Zahn-Nr. Kurzbeschreibung

3. Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes

rechts Oberkiefer links



rechts Unterkiefer links



4. Weitere in den nächsten 5 Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen

☐ NEIN, keine

☐ JA, welche?

5. Kostenvoranschlag (UVG-Tarif) mit Zahnnummer zu Tarifposition als Beilage

Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen erkennbar.

Ich bestätige, dass auf dem Kostenvoranschlag keine Behandlungen, welche eine KVG Pflichtleistung nach Art. 17 – 19a KLV betreffen, aufgeführt sind.

☐ JA ☐ NEIN

Ort und Datum

Praxisstempel / Unterschrift BehandlerIn / PraxisinhaberIn

☐ Kostenvoranschlag mit Taxpunkt看wert 1.00

☐ Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (UVG-Tarif)

☐ Röntgenbilder / OPT

☐ Fotos bei Prothetik