

**Ergänzungsleistungen zur AHV/IV**

**Abklärung der Kosten für kieferorthopädische Behandlung**

**1. Patient / Patientin**

Vers-Nr. 756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Eltern \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_

**2. Behandelnde Zahnärztin / behandelnder Zahnarzt / Fachzahnärztin bzw. Fachzahnarzt SSO für Kieferorthopädie**

Bedingungen der VKZS erfüllt (Grad 3 oder 4:

☐ Ja, Ziffer:

☐ Nein

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 der behandelnden Zahnarztpraxis

**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

**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 / Eltern

## A. Diagnose

### Beschreibung:

---

---

Hygiene gewährleistet:

☐ **JA** ☐ **NEIN** Hygieneattest des Familien-/ Schulzahnarztpraxis 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: ☐ Fotos ☐ Studienmodell

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der behandelnden Zahnarztpraxis

## 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