**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zahnformular Ergänzungsleistungen / Sozialhilfe**

Befund, Diagnose, Planung, Kostenvoranschlag

1. **Patient / Patientin**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Name, Vorname** **Geburtsjahr****Adresse** **PLZ Ort** |  |

1. **Kostenträger** (zuständige Stelle bitte kennzeichnen)

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Bezeichnung****Adresse****PLZ Ort** |  **AHV-IV-FAK Amt für Soziale Dienste** **Gerberweg 2 Postplatz 2 / Postfach 63** **9490 Vaduz 9494 Schaan**  |

1. **Zahnarztpraxis / Behandelnder Zahnarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name****Adresse****PLZ Ort****Telefon, Mail** |  |

**4. Entbindung Arztgeheimnis**

Der /die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt /die behandelnde Zahnärztin

gegenüber der oben unter 2.) genannten Behörde und gegenüber dem beratenden Zahnarzt /der

beratenden Zahnärztin dieser Behörde Auskünfte erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose.

|  |
| --- |
| (Ort, Datum) (Unterschrift Patient / Patientin) |

**5.** Er / Sie ist bereit, die Kosten **für versäumte Sitzungen persönlich zu übernehmen**

|  |
| --- |
| (Ort, Datum) (Unterschrift Patient / Patientin) |

1. **Befunde**

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

**2. Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung**

 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

(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

**3. Befunde**

 Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

 Parodontaler Zustand:

 Zähne: mit Karies (oder Kronenfraktur)

 mit Endodontie

 mit fraglicher Prognose

 die nicht erhaltungswürdig

Bestehender Zahnersatz: festsitzend /abnehmbar (Angaben über Zustand und allfällige Schäden)

 Für Kieferorthopädie (in Stichworten)

* Intermaxilläre Relation
* Intramaxilläre Abweichungen
* Apparaturen

**B.** **Diagnose**

**Beschreibung:**

**Für Kieferorthopädie zusätzlich:**

 Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden

 Grad 2 – Behandlung wünschenswert

** Grad 3 – Behandlung notwendig: Ziffer :**

** Grad 4 – Behandlung zwingend: Ziffer :**

**.**

**C.** **Behandlungsziel**

# ABWARTEN: (Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist noch nicht gesichert):

 Daher: Schmerzbehandlung, Endodontie nur bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener

 Frontbezahnung, dentaler Volumenersatz (ggf. mittels langfristig provisorischer Massnahmen).

 Dafür: Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung

# SANIERUNG / TEILSANIERUNG (Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist

#  gesichert und attestiert)

 Begründung, Beschreibung (kurz):

# D. Behandlungsplanung

**1. Sofortmassnahmen:** Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen:

**2. Behandlungsplan:**

 Zahnreinigung

 Konservierende Therapie (zahnweise)

 Endodontie (zahnweise)

 Kronenversorgung (Indikation s. Behandlungsempfehlungen der VKZS)

 Extraktion (zahnweise)

 Zahnersatz (oder Kieferorthopädie)

 Bemerkungen:

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

 **** **NEIN, keine**

** JA, welche?** …………

 **Recall geplant? …………….**

**4. Persönliches Behandlungsumfeld, Attest einer aktiven (positiven) Patientenmitarbeit**

 **in der behandelnden Praxis**

 Ich bestätige, dass der Patient/die Patientin über die letzten **18 Monate** bei mir (in unserer Praxis)

 in regelmässiger zahnärztlicher Kontrolle war, seit dieser Zeit aktiv an der Erhaltung seiner/ihrer oralen

 Gesundheit mitarbeitet und für diesen Zeitraum eine gute und adäquate Mundhygiene aufweist.

 **JA** **NEIN**

**5. Kostenvoranschlag mit Angabe der Tarifposition, der Taxpunkte zur entspr. Position und dem Taxpunktwert.**

 Für zahntechnische Arbeiten zusätzlich detaillierter Kostenvoranschlag des Zahntechnikers.(TK-Tarif 223)

Weitere Bemerkungen / Besonderes

|  |
| --- |
| Ort, und Datum Praxisstempel / Unterschrift Behandler / Praxisinhaber |

**Beilagen**: Kostenvoranschlag (Zahnarzt und Zahntechniker)

 Evtl. Zwischenrechnung für bereits durchgeführte Notfallbehandlungen

 Nur auf Anfrage:- Röntgenbilder / OPT

* Studienmodelle

Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Pos. 4.0400 in Rechnung gestellt werden.