

## Zahnformular Sozialzahnmedizin

Befund, Diagnose, Planung, Kostenvoranschlag

### 1 Patient/Patientin

AHV-Nummer	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ, Ort	

### 2 Kostenträger: Ergänzungsleistungen

Name, Bezeichnung	SVA St.Gallen
Adresse	Brauerstrasse 54
PLZ, Ort	9016 St.Gallen
Telefon, Kontaktformular	071 282 69 37, <a href="http://www.svasg.ch/kontakt-el">www.svasg.ch/kontakt-el</a>

### 3 Behandelnder Zahnarzt, Klinik, ZSR

Name, Bezeichnung	
Adresse	
PLZ, Ort	
ZSR Nummer	
Sachbearbeiter/-in	
Telefon, E-Mail	

### 4 Entbindung Arztgeheimnis

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt/die behandelnde Zahnärztin gegenüber der SVA St.Gallen und gegenüber deren beratendem Zahnarzt/deren beratender Zahnärztin Auskünfte erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose.

Der/die Unterzeichnende ermächtigt die SVA St.Gallen, die Korrespondenz über die aktuelle Behandlung (inkl. Verfügungen und Entscheide) in Kopie der behandelnden Zahnärztin/dem behandelnden Zahnarzt zuzustellen. Die SVA St.Gallen darf der behandelnden Zahnärztin/dem behandelnden Zahnarzt Auskunft geben über allfällige Kostenübernahmen und die verfügbare Quote.

Datum	Unterschrift Patient/Patientin
-------	--------------------------------

## 5 Kostenbeiträge Ergänzungsleistungen AHV/IV

Für die Vergütung ist der Sozialversicherungstarif massgebend. Deshalb ist auf jeder Rechnung und jedem KV der Name und die ZSR-Nummer des behandelnden Zahnarztes anzugeben. Ein KV wird nicht honoriert. Allfällige Laborkosten müssen gemäss der Konkordatsliste detailliert ausgewiesen werden.

Rechnungen dürfen nie auf die SVA St.Gallen ausgestellt sein.

Die Rechnung kann zusammen mit einer von der EL-beziehenden Person unterzeichneten Abtretungserklärung direkt der SVA St.Gallen zugestellt werden. Die Abtretungserklärung muss auch vom Zahnarzt unterzeichnet werden und mit dem Datum der Behandlung und dem Rechnungsbetrag versehen sein. Sie ist jeder Rechnung beizulegen. Fehlt eine gültige Abtretungserklärung wird der Rechnungsbetrag immer der EL-beziehenden Person ausbezahlt. Die SVA St.Gallen akzeptiert keine dauerhaften Abtretungserklärungen. Wer der Zahnärztekasse angeschlossen ist, hat auf der Abtretungserklärung zu vermerken, dass die Zahlung an die Zahnärztekasse zu erfolgen hat. Bei einem rückwirkenden Wegfall des EL-Anspruchs ist die Zahnärztin/der Zahnarzt für bereits erfolgte Drittauszahlungen rückerstattungspflichtig.

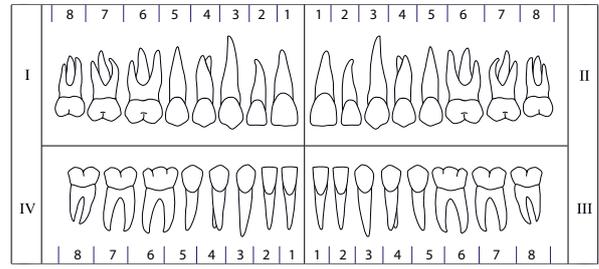
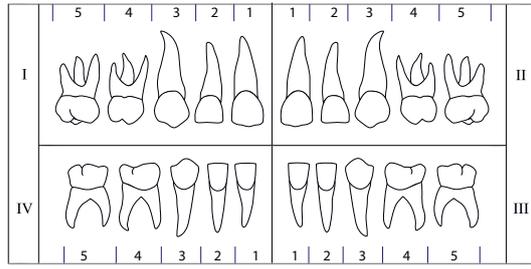
Hat eine EL-beziehende Person eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen, wird nur jener Betrag überwiesen, welcher nicht durch eine Zahnzusatzversicherung gedeckt ist. Der nicht vergütete Betrag muss bei der EL-beziehenden Person direkt eingefordert werden.

Die nachfolgenden Seiten 3-5 müssen bei einem Kostenvoranschlag von über CHF 3'000.00 zwingend ausgefüllt und eingereicht werden.

**A Befunde**

**1 Datum und Grund der Befundaufnahme**

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



**3 Befunde**

Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation

---

---

---

---

Kieferknochen und Weichteile

---

---

---

---

Parodontaler Zustand

---

---

---

---

Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust

---

---

---

---

Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste

---

---

---

---

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

---

---

---

---

**B Diagnose**

**Beschreibung**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Für Kieferorthopädie zusätzlich**

- Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden
- Grad 2 – Behandlung wünschenswert
- Grad 3 – Behandlung notwendig
- Grad 4 – Behandlung zwingend

Ziffer | \_\_\_\_\_  
 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 verschlossener Frontbeziehung, dentaler Volumenersatz 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 Planung**

**1 Sofortmassnahmen** (Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen)

---

---

---

---

---

**2 Behandlungsplan** (Kurzbeschreibung, zahnweise)

---

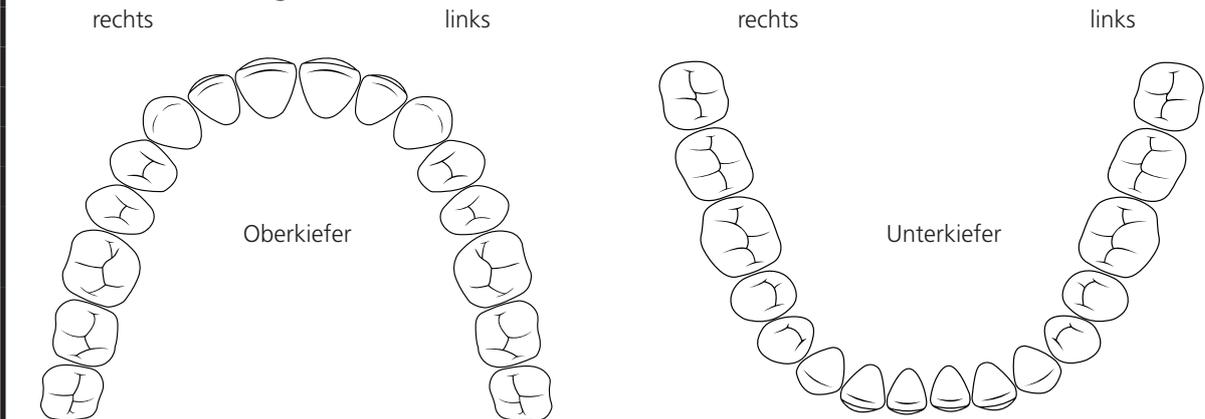
---

---

---

---

**3 Schema der Behandlungsmassnahmen/des Zahnersatzes**



**4 Sind in den nächsten 5 Jahren zahnärztliche Behandlungen absehbar? Wenn ja, welche?**


**5 Persönliches Behandlungsumfeld, Attest einer aktiven (positiven) Patientenmitarbeit und der Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis/Klinik (Compliance-Attest)**

**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 Sozialzahnmedizin u.a.).

Ich bestätige, dass der Patient/die Patientin über die letzten 18 Monate bei mir/  
bei \_\_\_\_\_

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

Meine Praxis/unsere Klinik verfügt über ein Recallsystem und kann den Patienten/  
die Patientin regelmässig nachkontrollieren und zahnärztlich weiter betreuen.

Ja  Nein

Der Patient ist Raucher/die Patientin ist Raucherin

Ja  Nein

Falls Raucher/Raucherin

Der Patient/die Patientin ist darüber informiert, dass langjährig starkes Rauchen schädlich ist für das Parodont und den Erhalt der oralen Gesundheit. Er/sie ist gewillt, das Rauchen zu reduzieren und wenn möglich mit dem Rauchen ganz aufzuhören.

Ja  Nein

**6 Kostenvoranschlag (SV-Tarif) mit Zahnnummer zu Tarifposition als Beilage**

Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit \* bezeichnen oder anders deutlich markieren.  
Für Zahntechnikkosten Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (SV-Tarif/Konkordanzliste «Sozial») beilegen.  
Das Erstellen des VKZS Formulars kann über die Tarifziffer 4040 mit 22 Punkten abgerechnet werden. Das Erstellen des KV wird jedoch nicht honoriert.

Betrag der Kostenschätzung/Rechnung	
Name behandelnde/r Zahnarzt/Zahnärztin	
ZSR Nummer	
Datum	Praxisstempel Unterschrift Behandler/-in/Praxisinhaber/-in

**Beilagen**

- Rechnung/Kostenvoranschlag
- Röntgenbilder/OPT – Kopie in Originalqualität (allenfalls in digitaler Form als PDF- oder TIF-Datei)

► Sie können Ihre Zahnarztrechnungen und Kostenvoranschläge auch online mit dem E-Formular «Weiterleitung Krankheitskosten für Zahnärztinnen und Zahnärzte» ([www.svasg.ch/aerzte](http://www.svasg.ch/aerzte)) einreichen.