

FORMULAR SOZIALZAHNMEDIZIN DES KANTONS AARGAU

A. Patienten - Daten

I. Patientin/Patient

Versichertennummer
AHV-IV

Name

 Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsjahr

Geschlecht: w

m

Krankenkasse Ja

Zahnversicherung
(Police beilegen/einreichen) Nein

II. Kostenträger

Bezeichnung / Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

III. Zahnarztpraxis

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Zahlungsverbindung
IBAN

Name des Behandlers

ZSR-Nr. des Behandlers

Mitgliedschaft SSO oder
Beitritt zu Tarifvertrag* Ja

Nein

*Voraussetzung für Kostenübernahme

IV. Entbindung Arztgeheimnis

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt/die behandelnde Zahnärztin gegenüber den oben unter Ziff. II. genannten Kostenträgern und gegenüber dem beratenden Zahnarzt/ der beratenden Zahnärztin dieser Behörde/Stelle Auskünfte erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

--	--

V. Direkte Abrechnung mit Sozialversicherung

Der unterzeichnende Patient/die unterzeichnende Patientin ist damit einverstanden, dass die oben unter Ziff. II. genannte Sozialversicherungsstelle mit dem behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin direkt zum UV-/MV-/IV-Tarif 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. Die Patientin oder der Patient ist gegenüber der Zahnärztin oder dem Zahnarzt Auftraggeber/in und Honorarschuldner/in.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

--	--

5. Einschätzung allgemeinmedizinischer Zustand

gut mittel schlecht

Raucher

Ja Nein

6. Falls Kieferorthopädie (Klassifikation nach Prof. Stöckli)

Grad 1 : Behandlung kann erwogen werden

Grad 2 : Behandlung wünschenswert

Grad 3 : Behandlung notwendig

Grad 4 : Behandlung zwingend

Erstellte Unterlagen für eine KFO-Analyse, welche nicht den Behandlungsrichtlinien entsprechen und somit keine bewilligungsfähige Ausgangslage darstellen, können nicht über die Sozialzahnmedizin abgerechnet werden.

7. Vorschläge für die definitive Versorgung

7.1 Extraktion

/ Anz. Sitzungen:

7.2 Konservierende Behandlung

/ Anz. Sitzungen:

7.3 Endo

/ Anz. Sitzungen:

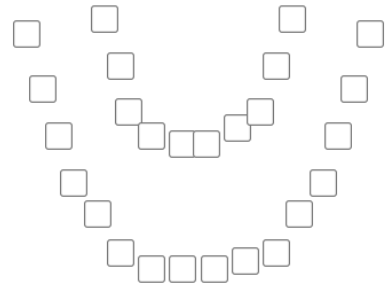
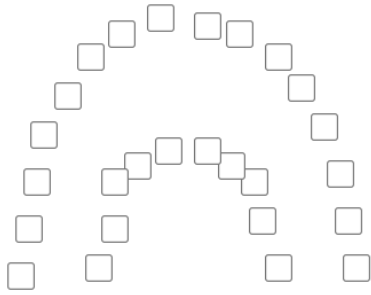
Begründung

7.4 Proth. Versorgung

7.5 Kr-. + Br.-Versorgung

7.6 Andere proth./chir./med. Massnahmen (Implantate, Narkose, etc.)

8. Skizze



9. Beilagen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> KV des Zahnarztes | <input type="checkbox"/> R des Zahnarztes |
| <input type="checkbox"/> KV des Zahntechnischen Labors | <input type="checkbox"/> R des Zahntechnischen Labors |
| <input type="checkbox"/> BiteWing's <input type="checkbox"/> Einzel-Rx | <input type="checkbox"/> OPT <input type="checkbox"/> FR |
| <input type="checkbox"/> Studienmodelle (i. IKP) | <input type="checkbox"/> Photos (max. 6: intra- +extraoral) |
| <input type="checkbox"/> Antrag für Narkose | |

Begründung:

Ort, Datum

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin

Einzusenden an: Kostenträger (SVA bei EL-Beziehenden, Gemeinde bei Sozialhilfebeziehenden)
- SVA Aargau, Ergänzungsleistungen, Kyburgerstrasse 15, 5001 Aarau
- Zuständige Gemeindebehörde