Amt für Soziale Dienste
Rheinstrasse 6
8501 Frauenfeld
Tel. 052 724 53 11
www.frauenfeld.ch

Stadt Frauenfeld

Formular Sozialzahnmedizin / Gesuch um Kostenübernahme

Version 04.2023

Das Frageblatt betreffend Zahnschäden inkl. Röntgenbilder ist der zuständigen Fürsorgebehörde zuzustellen. Deren schriftliche Kostengutsprache ist vor Aufnahme der Behandlung abzuwarten.

1. Patient / Patientin

SV-Nr.			
Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht	☐ m ☐ w
Adresse, PLZ / Ort			
Elterliche Sorge / Vertretung	Name	Vorname	

2. Kostenträger

Name, Bezeichnung	Amt für Soziale Dienste Frauenfeld	
Adresse	Rheinstrasse 6	
PLZ / Ort	8500 Frauenfeld	
	☐ Sozialhilfe	☐ Ergänzungsleistungen
	☐ Asylwesen	☐ Schulzahnpflege
	☐	

3. Zahnarztpraxis, Klinik

Name / Bezeichnung	
Behandler / Behandlerin	
Adresse, PLZ / Ort	
Sachbearbeiter, Tel, Mail	

4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und vom Amtsgeheimnis

Der / Die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt / die behandelnde Zahnärztin und die unter **Punkt 2. Kostenträger** genannte Behörde sowie der beratende Zahnarzt / die beratende Zahnärztin dieser Behörde miteinander über seine / ihre zahnärztlichen Befunde, die Behandlungsplanung / Behandlungskosten und die Behandlungsprognose sprechen dürfen, sofern es für die Bearbeitung des Gesuches notwendig ist. Diese Erlaubnis gilt nur für die laufende Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin oder Vertretung

5. Abtretungserklärung Kostenbeiträge Ergänzungsleistungen AHV / IV

(zutreffendes ankreuzen)

☐	**Abtretung** Der Unterzeichnende / die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass die unter **Punkt 2. Kostenträger** genannte Sozialversicherungsstelle mit dem behandelnden Zahnarzt / der behandelnden Zahnärztin direkt zum UVG-MTK-Tarif abrechnet. Er / Sie verpflichtet sich, die Kosten für allfällig versäumte Sitzungen selber zu tragen und allfällige Rückvergütungen der Krankenkasse an die Sozialversicherungsstelle zu erstatten. Diese Erlaubnis gilt nur für die laufende Behandlung.
☐	**Keine Abtretung** Der Unterzeichnende / die Unterzeichnende möchte die Zahnarztrechnung selber bezahlen. Die Kosten werden von der Sozialversicherungsstelle nur gegen Vorlage einer detaillierten Zahnarztrechnung auf Basis des UVG-MTK-Tarifs und des Zahlungsbelegs rückerstattet. Kosten für versäumte Sitzungen werden nicht erstattet. Diese Erlaubnis gilt nur für die laufende Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin oder Vertretung

A. Befunde

1. Allgemeines

Datum	
Grund der Befundaufnahme	
Neupatient	☐ ja ☐ nein
Wenn nein: Angaben zur letzten Konsultation	
Datum	
Grund	

2. Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung

(bitte vorhandene Zähne ankreuzen)

Bleibendes Gebiss															
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Milchgebiss									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. **Befunde** (allfällige genauere Beschreibung)

Mundhygiene, Pflegezustand, Motivation	Bitte auswählen	
Kieferknochen und Weichteile	Bitte auswählen	
Parodontaler Zustand	Bitte auswählen	
Zähne, Karies, Frakturen, Restaurationen, Wurzelbehandlungen, Substanzverlust	Bitte auswählen	
Hoffnungslose / fragliche Zähne / Wurzelreste → Wenn ja, welche?	Bitte auswählen	
Zahnersatz vorhanden?	Bitte auswählen	
Zustand, allfällige Schäden, Mängel (genaue Beschreibung, Fotos müssen beigelegt werden)	Bitte auswählen	
Beschreibung		
Zahnstellung (nur bei Kindern und Jugendlichen)		
Bemerkungen		

4. **Behandlungsrelevante medizinische oder psychosoziale Faktoren**

Beschreibung	

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

☐	**Hygienephase, Sofortmassnahmen** Kooperations- und Motivationsphase. Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist noch nicht gesichert. Daher: Schmerzbehandlung, Extraktion hoffnungsloser Zähne, Endodontie bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener Frontbezahnung, dentaler Volumenersatz mittels langfristig provisorischer Massnahmen, Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung, Reevalution nach 18 Monaten (Attest / kein Attest)
☐	**Teilsanierung** Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert (Attest) aber unsichere Prognose
☐	**Sanierung** Bei guter Prognose und gesicherter aktiver Mitarbeit (Attest)
Begründung	

D. Planung

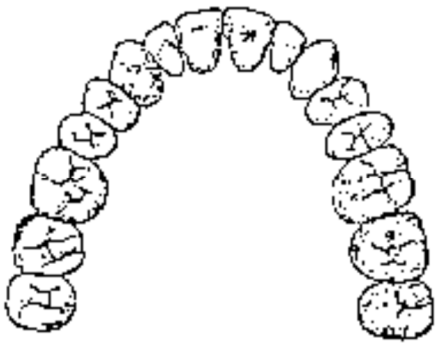
1. Sofortmassnahmen

Diagnostische Massnahmen
Therapeutische Massnahmen
Präventive Sofortmassnahmen

2. Behandlungsplan

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

Beschreibung	

5. Beilagen

☐	Kostenvoranschlag (SV-Tarif) mit Zahnnummer zu Tarifposition Bereits erbrachte Sofortmassnahmen mit * kennzeichnen oder sonst klar markieren. Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Tarifposition 4.0400 in Rechnung gestellt werden.	
☐	Zahnschema mit Legende	
☐	Rechnung zum SV-Tarif	
☐	Kostenvoranschlag des Zahntechnikers (SV-Tarif, gemäss Konkordanzliste «sozial»)	
☐	Röntgenbilder	
☐	Arztzeugnis	
☐	Anderes	

6. (Ärztliches) Attest einer aktiven, positiven Patientenmitarbeit und Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis / Klinik (Compliance-Attest)

Ich bestätige, dass der Patient / die Patientin während der letzten 18 Monate regelmässig bei mir in zahnärztlicher Kontrolle war und in dieser Zeit zur Prophylaxe / Dentalhygiene aufgeboten wurde.	☐ ja	☐ nein
Während dieser Zeit hat der Patient / die Patientin (oder Vertretung, Betreuungsperson etc.) aktiv mitgearbeitet und insbesondere eine gute und adäquate Mundhygiene ausgewiesen.	☐ ja	☐ nein
Meine Praxis / unsere Klinik verfügt über ein Recallsystem und kann den Patienten regelmässig nachkontrollieren und zahnärztlich weiterbetreuen.	☐ ja	☐ nein
Es wurde abgeklärt und ausgeschlossen, dass für die genannten Behandlungen die Leistungspflicht eines weiteren Garanten (KVG, UVG, IV) besteht.	☐ ja	☐ nein
Der Patient / die Patientin / die Vertretung wurde über administrative Abläufe, den Behandlungsplan, das Vorgehen, die Risiken und die Wichtigkeit der Mundhygiene aufgeklärt.	☐ ja	☐ nein
Der Patient / die Patientin ist Raucher	☐ ja	☐ nein
Der Patient ist darüber informiert, dass langjährig starkes Rauchen schädlich ist für das Parodont und den Erhalt der oralen Gesundheit.	☐ ja	☐ nein
Der Patient / die Patientin ist gewillt, das Rauchen zu reduzieren und wenn möglich mit dem Rauchen ganz aufzuhören.	☐ ja	☐ nein

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift Behandler / Behandlerin oder Praxisinhaber / Praxisinhaberin

7. Hinweise

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 Sozialmedizin u.a.).

Weist ein Patient / eine Patientin ausdrücklich auf eine Kostenübernahme durch die Sozialhilfe / oder aus Ergänzungsleistungen zur AHV / IV hin, hat sich der Zahnarzt / die Zahnärztin strikte an die Vorgaben (Kostengutsprache, SV-Tarif, Behandlung einfach, wirksam wirtschaftlich, zweckmässig) zu halten.

Behandlungsempfehlungen finden Sie auf www.vkzs.ch.