



Zahnformular Sozialzahnmedizin SRK

Patient/Patientin

Geschlecht	Männlich	Weiblich	Adresse
Vorname			PLZ/Ort
Name			AHV-Nr.
Geburtsdatum			N-Nr.

Kostenträger/Sozialdienst

Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Bern, Case Management Integration
 Bernstrasse 162, Postfach, 3052 Zollikofen

Zahnarzt/Zahnärztin, Klinik

Name, Bezeichnung	
Zahnarzt/Zahnärztin	
Adresse	PLZ/Ort

Befunde

Datum und Grund der Befundaufnahme

Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung

Fehlende Zähne	V IV III II I I II III IV V 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 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Defekte Zähne	V IV III II I I II III IV V 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 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Gefüllte Zähne	V IV III II I I II III IV V 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 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Parodontal geschädigte Zähne	V IV III II I I II III IV V 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 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8



Befunde

Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation:

Kieferknochen oder Weichteile:

Parodontaler Zustand:

Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust:

Fehlende Zähne:

Wurzelreste:

Zahnersatz / kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Zustand und allfällige Schäden):

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:



Werden andere Kostenträger (Krankenversicherung etc.) für diese Behandlung in Betracht gezogen?

Ja

Nein

Behandlungsziel

Abwarten

Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist noch nicht gesichert.
Daher: Schmerzbehandlung, Endodontie bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener Frontbeziehung, dentaler Volumenersatz mittels langfristig provisorischer Massnahmen, Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung.

Begründung (kurz):

Sanierung

Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert.

Begründung (kurz):

Planung

Sofortmassnahmen

Diagnostische Massnahmen:

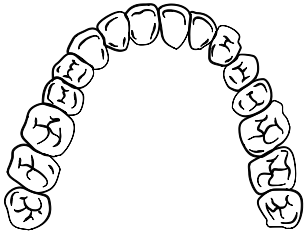
Therapeutische Sofortmassnahmen:

Behandlungsplan

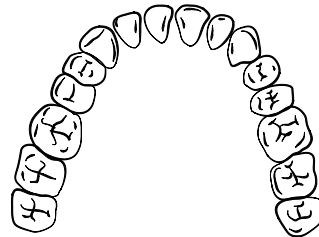


Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes

rechts Oberkiefer links



rechts Unterkiefer links

**Weitere in den nächsten fünf Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen****Attest der aktiven (positiven) Patientenmitarbeit und der Verfügbarkeit eines Recallsystems in der behandelnden Praxis (Compliance-Attest, ärztliches Attest)**

Ich bestätige, dass der Patient / die Patientin über die letzten 18 Monate bei mir in regelmässiger zahnärztlicher Kontrolle war, seit dieser Zeit aktiv an einer Erhaltung seiner / ihrer oralen Gesundheit mitarbeitet und für diesen Zeitraum eine gute und adäquate Mundhygiene aufweist.

Ja Nein

Der Patient ist Raucher / die Patientin ist Raucherin

Ja Nein

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

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

Ja Nein

Ort/Datum

Unterschrift Behandler/in

6. Entbindung vom Patienten- und Amtsgeheimnis

Ich bin damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt / die behandelnde Zahnärztin, die betreuenden Sozialbehörde, die Sozialfachleute und der beratende Zahnarzt / die beratende Zahnärztin dieser Behörde miteinander meine zahnärztlichen Befunde, die Behandlungsplanung und die Behandlungsprognose besprechen dürfen. Diese Erlaubnis gilt für die laufende Behandlung.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in