



AUSGLEICHSKASSE DES KANTONS BERN  
CAISSE DE COMPENSATION DU CANTON DE BERNE

Chutzenstrasse 10  
3007 Bern  
www.akbern.ch

## Zahnformular Ergänzungsleistungen Complianceattest

### EL-Kriterien

Im Rahmen der Ergänzungsleistungen rechnen wir Zahnbehandlungen ab, sofern die EL-Kriterien einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Versorgung erfüllt sind.

Zweckmässigkeit ist gegeben, wenn die Behandlung den Bedarf der Patientin bzw. des Patienten in funktioneller Hinsicht erfüllt.

Wirtschaftlichkeit ist eine Behandlung mit günstiger Langzeitprognose und tiefen Nachsorgekosten oder guter Ausbaubarkeit sowie geringem Risiko für Komplikationen.

### Behandlungsablauf / Empfehlung\*

Kosten für **jährliche Zahnkontrollen und regelmässigen Dentalbehandlungen** werden im Rahmen des jährlich zur Verfügung stehenden Höchstbetrages für die Vergütung von EL-Krankheitskosten zurückerstattet. Ein allfälliger Einnahmenüberschuss wird in Abzug gebracht.

**Primäre, nicht aufschiebbare Massnahmen:** Notfall - / Schmerzbehandlung sollen den Patienten schmerzfrei machen. Dies kann mit einfachen und z.T. provisorischen zahnärztlichen Mitteln erreicht werden. Einfache Notfall- und Schmerzbehandlungen sind auch ohne Gutheissung möglich, dürfen aber die definitive Behandlung nicht präjudizieren.

#### **Sekundäre Massnahmen:** „Sanierung“, Weiterbehandlung

Eine zweckmässige und wirtschaftliche Sanierung besteht

- in der Entfernung nicht erhaltungswürdiger Zähne und Wurzelreste,
- in der Erhaltung strategisch wichtiger Zähne,
- im Legen von Füllungen und
- in der längerfristigen Erhaltung der Kaufähigkeit

Behandlungsmittel: Lückenversorgung mit teilprothetischen Methoden; Kronen- und Brückenversorgung fallen in der Regel nicht unter den Begriff der einfachen Sanierung.

Für die zahnmedizinische Planung entscheidend ist der Vorzustand, die Compliance des Patienten und die dentale Prognose. Bei hoher Kariesaktivität und/oder bei ungenügender Hygiene ist eine abwartende Planung mittels Extraktionen, langfristig provisorische Füllungen (Glasionomer, Kompomer) und begleitender Reduzierung der Kariesaktivität angezeigt. Grundsätzlich wird lediglich die Wiederherstellung der Kaufähigkeit ohne Komfort und Kosmetik abgerechnet bzw. gutgeheissen.

\*gemäss Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS)

## Patient / Patientin

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Zahnarztpraxis, Klinik

Name, Bezeichnung \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Klinik: BehandlerIn \_\_\_\_\_

### Bitte vom behandelnden Zahnarzt ausfüllen lassen

1. In welchem Recall-Intervall wird der Patient/ die Patientin beim Zahnarzt / DH aufgeboten?

Zahnarzt     3 Monate     4 Monate     6 Monate     12 Monate     gar nicht\*  
DH             3 Monate     4 Monate     6 Monate     12 Monate     gar nicht\*

\*Begründung: \_\_\_\_\_

2. Wird der Recall-Termin eingehalten?

Ja             Nein\*

\*Begründung: \_\_\_\_\_

3. Durchgeführte DH-Behandlungen **während den letzten 2 Jahren**  
(bitte genau Behandlungsdaten aufführen)

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

4. Wie ist die Mitarbeit/ Motivation des Patienten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie sieht der aktuelle Zustand der Mundhygiene aus?

---

---

---

---

---

6. Behandlungsindikation zur durchgeführten / geplanten Behandlung

---

---

---

---

---

7. Erklärung Kariesaktivität

---

---

---

---

---

---

Die unterzeichnete Person bestätigt, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.\*

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel/ Unterschrift Zahnarzt

\* Wir verweisen auf die Erklärungen der VKZS (Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz): Es wird speziell darauf hingewiesen, dass falsche Atteste bzw. Gefälligkeitsatteste gesundheitspolizeiliche und aufsichtsrechtliche Massnahmen nach sich ziehen können (z.B. Verzeigung, administrative Massnahmen der Aufsichtsbehörden, Ausschluss aus der Sozialmedizin u.a.)

Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Position 4040 in Rechnung gestellt werden.