



AUSGLEICHSKASSE DES KANTONS BERN
CAISSE DE COMPENSATION DU CANTON DE BERNE

**Ergänzungsleistungen zur AHV/ IV
Abklärung der Kosten für Kieferorthopädie**

1. Patient / Patientin

Vers. Nr. _____
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Gesetzt. Vertreter/in _____
Adresse _____
PLZ Ort _____
Privat-/Schulzahnarzt _____

2. Behandelnder Zahnarzt/ Facharzt SSO für Kieferorthopädie

Name, Bezeichnung, Klinik _____
Adresse _____
PLZ Ort _____
Telefon _____

Verdacht auf Behandlungsnotwendigkeit:

Kosten für eine kieferorthopädische Abklärung: _____

A) Diagnose

Beschreibung:

Handelt es sich hier um einen KVG Fall Art. 31 Ziff.1 und der Art. 17 – 19 KLV:

- JA (Krankenkasse ist zuständig: Kosten bei der zuständigen Krankenkasse einreichen)
 NEIN

Handelt es sich um einen Unfall oder Unfallfolgekosten:

- JA (Unfallversicherung bzw. Krankenkasse zuständig: Kosten bei zuständigen Unfallversicherung/ Krankenkasse einreichen)
 NEIN

Kieferorthopädische Behandlungsindikatoren*

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

Hygiene gewährleistet:

- JA
 NEIN Hygieneattest des Privat/ Schulzahnarztes notwendig

B) Behandlungsplan (ggf. detaillierten Behandlungsplan/ Kostenvoranschlag beilegen)

| Nr. | Behandlungsziel | Mittel | Dauer | Kosten |
|---------------|-----------------|--------|-------|--------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| Total: | | | | |

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

Ärztlicher Attest

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

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt /
Fachzahnarzt SSO für Kieferorthopädie

C) Beitragsgesuch

Der / die Unterzeichnende ist mit dem Behandlungsplan einverstanden und gewilligt alle notwendigen Massnahmen zum Erhalt der oralen Gesundheit (regelmässige Mundhygiene/ Reduktion der Häufigkeit von Zuckerkonsum etc.) und eine genügende Mitarbeit sicherzustellen.

JA

NEIN

Verhältnis zu Leistungen anderer Versicherungen

Zulasten der Ergänzungsleistungen können nur Kosten übernommen werden, soweit diese nicht aufgrund gesetzlicher Bestimmungen anderer Versicherungen vergütet werden.

Sind private Versicherungen (Zusatzversicherungen bei Krankenkasse) oder andere finanzielle Unterstützungen für die Behandlung vorhanden/ geplant?

JA, welche?

(bitte Kopie Kostengutsprache/ Krankenkassen Police beilegen)

NEIN, keine

(bitte Kopie Krankenkassen Police beilegen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

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

Beilagen

- Behandlungsplan
- Kopie Krankenkasse Police
- Kopie Kostengutsprache Krankenkasse
- Leistungsabrechnung Krankenkasse
- _____