



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				
<b>Total:</b>				

\*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  
 \_\_\_\_\_