



Avenue Pratifori 22  
Postfach 287  
1951 Sitten

## Formular betreffend zahnärztliche Arbeiten

### Personalien der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers:

Versicherungs-Nr.:

Name / Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

### Behandelnder Zahnarzt:

Telefon-Nr.

Datum der 1. Befundaufnahme:

Grund des Zahnarztbesuches:

Hygiene: gut  mittel  schlecht

Raucher? ja  nein

Handelt es sich hier um einen KVG Fall Art. 31 Ziff.1 und der Art. 17 - 19 KLV?  
(Behandlungskosten von der Krankenkasse übernommen) ja   
nein

Handelt es sich um einen Unfall?  
(Falls es sich um einen Unfall handelt, muss der Antrag bei der entsprechenden  
Unfallversicherung bzw. bei der Krankenkasse eingereicht werden.) ja   
nein

Bezieht der Patient bereits Ergänzungsleistungen? ja   
nein

### Befundaufnahme

#### Zahnappell:

<i>fehlende Zähne</i>	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<i>ankreuzen</i>	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

→ nicht ersetzte, fehlende Zähne? ja  nein

→ nicht behandelte, defekte Zähne?

→ gefüllte Zähne?

→ parodontal, geschädigte Zähne?  
( >50% Knochenverlust)


→ Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopäd. Apparaturen?  
(Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Apparatur, genaue Umschreibung)

