

Patientenbegleitblatt (nur nötig gemäss Beitragsskala! - für Antragssteller(in))

Für eine allfällige Beitragsprüfung an zahnärztliche Behandlungen von Schulkindern und Jugendliche gemäss Beitragsregulativ der Gemeinde Kilchberg vom 1. Januar 1994

1. Personalien des/der Patient(in)

(Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum)

.....
.....

2. Zahnarzt/ -ärztin

(Name, Vorname, Adresse, Überweisungsadresse oder Einzahlungsschein)

.....
.....

3. Entbindung vom Arztgeheimnis

Der / Die Unterzeichnende(n) ist / sind damit einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt / die behandelnde Zahnärztin gegenüber der Schulverwaltung Kilchberg und gegenüber dem beratenden Zahnarzt / der beratenden Zahnärztin dieser Behörde Auskunft erteilen darf über zahnärztliche Befunde, Behandlungsplanung und Behandlungsprognose.

.....
(Ort, Datum)

(sofern 14 Jahre alt oder älter: Unterschrift Patient / Patientin)

.....
(Ort, Datum)

(Unterschrift Inhaber / Inhaberin elterlicher Gewalt)

4. Beitragsskala

Steuerbares Einkommen	Beitrag der Gemeinde in %				
	Kinder				
	1	2	3	4	5 und mehr
bis 28'000	80	80	80	80	80
28'001 bis 34'300	60	80	80	80	80
34'301 bis 41'200	40	60	80	80	80
41'201 bis 48'000	20	40	60	80	80
48'001 bis 54'200	0	20	40	60	80
54'201 bis 60'900	0	0	20	40	60
60'901 bis 67'400	0	0	0	20	40
67'401 bis 74'000	0	0	0	0	20

Vermögensteile über Fr. 100'000 werden zu 10 % angerechnet

Informationen für den/die Behandler

5. Auf Verlangen Beurteilungsunterlagen zu Händen des beratenden Zahnarzt/ der beratenden Zahnärztin (für vollständige Planungsunterlagen kann Pos. 4040 abgerechnet werden)

Kosten 2'000 bis 5'000	Kosten über 5'000	Beurteilungsunterlagen
Ja	Ja	Angabe des Behandlungsziels: Notfall / funktionelle Sanierung / kosmetische Sanierung / subjektiver Bedarf
Ja	Ja	zahnweise Planung, ev. mit Planungsskizze, Zahnschema
Ja	Ja	Kostenvoranschlag nach UVG-Kriterien: Zahnnummer - Taxpos. - Kurzbeschreibung - Anzahl TP
Ja	Ja	Bei zahntechn. Laborkosten über Fr. 1'000 schriftl. Labor-Kostenvoranschlag obligatorisch
auf Verlangen	Ja	Befunde: Röntgenbilder (Bitewings oder OPT), CO ₂ -Status, ev. Taschenbefund, ev. Modelle
auf Verlangen	Ja	Angabe von noch pendenten Massnahmen und Vorbehalten (kursorisch, auf ca. 2 - 5 Jahre)
auf Verlangen	Ja	Schriftliche Begründung von speziellen Massnahmen
auf Verlangen	Ja	Kieferorthopädie: Behandlungsindikation (gemäss Behelf Nr. 6): Grad 4 oder 3 Diagnose _____ Grad 2 oder 1 spezielle Begründung: _____ Behandlungsziel , falls nicht stabiler Grad 1, bitte angeben und begründen: _____

6. Gegebenenfalls beigezogener beratender Zahnarzt bzw. beratende Zahnärztin (Name, Vorname, Adresse, Überweisungsadresse oder Einzahlungsschein)

.....

7. Termine

Akten an beratende(n) Zahnarzt / Zahnärztin	Kostengutsprache an Behandler / Behandlerin	Gutsprache befristet bis