



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

## Fragebogen über Zahnschädigungen

**Dieser Fragebogen ist dem unten aufgeführten Herr/Frau Dr. med. dent. Sozialdienst abzugeben.**

*Die Behandlung ist erst aufzunehmen, wenn die Kostengutsprache des Sozialdienstes vorliegt.*

Link um das Formular herunterzuladen :

[http://www.fr.ch/sasoc/files/pdf98/d\\_lesions-dentaires\\_version-4-du-070318\\_internet.pdf](http://www.fr.ch/sasoc/files/pdf98/d_lesions-dentaires_version-4-du-070318_internet.pdf)

---

**Zuständiger Sozialdienst**

**Name und Adresse des Patienten**

Geburtsdatum

**1. Datum der Erstkonsultation**

**2. Zustand der Zähne**

*(fehlende Zähne streichen)*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**3. Zustand des übrigen Gebisses**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**3.1. Schadhafte nichtbehandelte Zähne**

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**3.2. Zähne mit Füllung**

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**3.3. Parodontalgeschädigte Zähne**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

3.4. Zähne mit erfolgter Wurzelbehandlung	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

3.5. Kronen, Brücken, Prothesen, kieferorthopädische Apparaturen (genaue Beschreibung von Art und Umfang des Ersatzes oder der Apparatur)

4. Andere Bemerkungen

5. Behandlungsplan

Ort und Datum

Unterschrift des Zahnarztes

**Diesem Formular sind beizulegen:**

- > Aktuelle mit Datum versehene Original-Röntgenbilder (Datenträger oder Ausdruck auf Fotopapier)
- > Ein detaillierter Kostenveranschlag mit Zahnnummer der zu behandelnden Zähne, Tarifziffer mit Bezeichnung, Taxpunktzahl und Taxpunktwert pro Ziffer (Sozial-Taxpunktwert Fr. 1.00). Laborkosten bereits erbrachte Leistungen klar aufgeführt)
- > Eventuell Kopie der Rechnung für bereits erbrachte Leistungen, falls vorhanden