

Bitte bei einer geplanten Zahnbehandlung ausfüllen

Name: .....

Vorname: .....

Strasse: .....

Postleitzahl/Wohnort: .....

### Hinweise zur Behandlung und den Folgen hinsichtlich der Sozialhilfe

Bei Behandlungen, deren Kostenschätzung Fr. 1'000.- übersteigt, müssen Sie eine Zweitmeinung bei unserem Vertrauenszahnarzt einholen: Dr. med. dent. Peter Keller, Bielstrasse 3, 4500 Solothurn, Tel. 032 622 11 10. Bitte vereinbaren Sie selbständig einen Termin bei Dr. Keller mit dem Hinweis, dass Sie die Aufforderung zur Untersuchung vom Sozialdienst Wasseramt Ost bekommen haben. Wir informieren ihn vorgängig mit Ihren Unterlagen wie Kostenschätzung, Röntgenbilder etc.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie sich mit 10% an den Gesamtkosten beteiligen müssen. Diese werden Ihnen nach Abschluss der Behandlung und Rechnungsstellung durch Ihren Zahnarzt in monatlichen Raten von der materiellen Hilfe des Sozialdienstes Wasseramt Ost abgezogen.

Auch nicht wahr genommene verrechnete Termine werden Ihnen von der laufenden Sozialhilfe abgezogen.

### Erklärung:

Ich wünsche die Zahnbehandlung von ..... durchführen zu lassen und beantrage die Kostenübernahme durch den Sozialdienst Wasseramt Ost.

Ort/Datum: .....

Unterschrift: .....

*§93 SV Abs. 1, lit. c)*

*Mit Ausnahme von schmerzstillenden Massnahmen dürfen die Kosten für Zahnbehandlungen erst nach einer Bezugsdauer von mehr als 6 Monaten und nur zum sozialversicherungsrechtlichen Taxpunktwert übernommen werden. Generell kann ein Selbstbehalt von maximal 10% pro Person und abschliessender Behandlung erhoben werden. Kostet eine Zahnbehandlung mehr als 1'000 Franken, ist die Meinung eines Vertrauenszahnarztes einzuholen.*