

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG FÜR ZAHNMEDIZINISCHE LEISTUNGEN

Personendaten des Eingeschriebenen

Nachname _____ Name _____
Steuernummer _____
Geboren in _____ am _____ Geschlecht M W
Wohnadresse _____ PLZ _____
Wohngemeinde _____ Prov. _____
E-Mail-Adresse _____ Tel. _____

Der folgende Teil ist auszufüllen, wenn der Antrag um Rückerstattung für ein Familienmitglied eingereicht wird, das beim Südtiroler Sanitätsfonds eingeschrieben ist:

Daten des Leistungsberechtigten

Nachname _____ Name _____
Steuernummer _____
Geboren in _____ am _____ Geschlecht M W
Familienmitglied Ehepartner Lebensgefährte Sohn/Tochter
Steuerlich zu Lasten lebend JA NEIN

Als Anlage werden folgende Rechnungskopien übermittelt

Nr. Rechnung/ Zahlungsbestätigung	Rechnungssteller	Datum Rechnung/ Zahlungsbest.	Betrag
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____

Die Auszahlung soll auf folgendes Bankkonto erfolgen:

Kontoinhaber _____
Bank _____
IBAN _____



Der Antragsteller nimmt die Statuten, die Geschäftsordnung und den Leitfaden für die Funktionsweise des Südtiroler Sanitätsfonds zur Kenntnis und ersucht um Rückerstattung der angeführten Leistung.

Der Antragsteller verpflichtet sich, dem Ansuchen das Auszahlungsschreiben beizulegen, sofern die hier beantragte Leistung bereits teilweise erstattet wurde (durch eine private Versicherung/über die Sanitätseinheit).

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Antragsteller

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person
im Besitz der Vormundschaft)

KURZE DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist der Südtiroler Sanitätsfonds, der unter folgender E-Mail-Adresse zu erreichen ist: info@sani-fonds.it; PEC: sani-fonds@secure-pec.it; Datenschutzbeauftragter (DPO – Data Protection Officer) ist das Unternehmen ReNorm GmbH (Dr. Francisco Garcia-Garrido: re-norm@legalmail.it).

Die personenbezogenen Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, werden unter anderem verarbeitet, um Ihre Anträge für die Rückerstattung und gegebenenfalls, sofern vorgesehen, die Ihrer Familienangehörigen gemäß den Bestimmungen des Südtiroler Sanitätsfonds zu bearbeiten, und zwar so lange, wie es für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben wurden, unbedingt erforderlich ist. Zu diesen Zwecken ist die Bereitstellung der Daten erforderlich, und eine vollständige oder teilweise Verweigerung der Daten macht es unmöglich, den Antrag auf Rückerstattung zu bearbeiten und die Leistung auszubezahlen. Es werden besondere Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um Datenverlust, unerlaubte oder falsche Verwendung und unbefugten Zugriff zu verhindern. Die betroffene Person kann die in den Art. 15-22 der Verordnung (EU) 2016/679 festgelegten Rechte ausüben. Weitere Informationen finden Sie im ausführlichen Informationsblatt über die Verarbeitung personenbezogener Daten, das auf unserer Website (Abschnitt "Formulare") heruntergeladen werden kann: <https://www.sani-fonds.it/it>

IM FONDS EINGESCHRIEBENE/R

Ich Unterfertigte/r, eingeschrieben beim Südtiroler Sanitätsfonds, im Hinblick auf die Datenschutzerklärung (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – die unter folgendem [Link](#) abrufbar ist – und in Bezug auf die Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, die unter besondere Kategorien personenbezogener Daten fallen (z.B. Daten, die Aufschluss über den Gesundheitszustand geben), in dem Bewusstsein, dass es dem Südtiroler Sanitätsfonds ohne meine Zustimmung unmöglich ist, die notwendigen Formalitäten für die Erbringung der Leistungen durchzuführen:

→ **stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zu, die in diesem Antrag enthalten sind***

*Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem „Erstattungsantrag“ ausdrücklich der Verarbeitung Ihrer persönlichen und sensiblen Daten zustimmen, die für die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags erforderlich sind.

→

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Antragsteller

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im
Besitz der Vormundschaft)

IM FONDS EINGESCHRIEBENES FAMILIENMITGLIED - LEISTUNGSBERECHTIGTE/R

Ich Unterfertigte/r, eingeschriebenes Familienmitglied (Leistungsberechtigte/r), im Hinblick auf die Datenschutzerklärung (ex art. 13-14 GDPR 2016/679) – die unter folgendem [Link](#) abrufbar ist – und in Bezug auf die Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, die unter besondere Kategorien personenbezogener Daten fallen (z.B. Daten, die Aufschluss über den Gesundheitszustand geben), in dem Bewusstsein, dass es dem Südtiroler Sanitätsfonds ohne meine Zustimmung unmöglich ist, die notwendigen Formalitäten für die Erbringung der Leistungen durchzuführen:

→ **stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zu, die in diesem Antrag enthalten sind***

*Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem „Erstattungsantrag“ ausdrücklich der Verarbeitung Ihrer persönlichen und sensiblen Daten zustimmen, die für die Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags erforderlich sind.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Leistungsberechtigte/r

(für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im
Besitz der Vormundschaft)



Formular Zahnarztespesen

Das vorliegende Formular muss vom Zahnarzt ausgefüllt und unterschrieben werden.

Es werden die Leistungen erstattet, die in der Leistungsordnung vorgesehen sind.

Für den Erhalt der Rückerstattung muss die nachstehende Tabelle ausgefüllt werden. Dabei müssen die Anzahl der durchgeführten Behandlungen sowie die Position des behandelten Zahnes und die entsprechenden Detailkosten angegeben werden.

MUNDHYGIENE UND PARODONTOLOGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Zahnärztliche Untersuchung oder Zahnsteinentfernung	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Wurzelglättung (für 6 Zähne) zur Vorbereitung einer Parodontaloperation	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Schienung	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Regenerative Chirurgie einschließlich heterologem Knochen und/oder Membran - für 6 Zähne	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Resektive Chirurgie je Bogen (einschließlich aller Arten von Lappen und Naht) - für 6 Zähne	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Mukogingivale Chirurgie für einen oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik, je Bogen (einschließlich Naht und Anästhesie)	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Freie oder gestielte Lappen oder Stifte, einschließlich Naht und Anästhesie	1 Mal jährlich	_____	_____	_____

DIAGNOSTIK

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Intraorale Röntgenaufnahme	1 Mal jährlich	_____	_____	_____
Orthopantomogramm	1 Mal alle 2 Jahre	_____	_____	_____
CBCT	1 Mal alle 2 Jahre	_____	_____	_____



ZAHNERHALTUNG

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Füllungen nach den BLACK-Klassen	_____	_____	_____	_____
Zahnrekonstruktionen mit Schraube oder Stift – je Element	_____	_____	_____	_____
Wurzelkanalbehandlung an einem ein- oder mehrwurzeligen Zahn	_____	_____	_____	_____
Revision einer Wurzelbehandlung	_____	_____	_____	_____

Füllungen des Typs Inlays, Onlays, Overlays sind ausgeschlossen

CHIRURGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Zahn- oder Wurzelextraktion	_____	_____	_____	_____
Zahnextraktion unter Narkose, je Zahn	_____	_____	_____	_____
Extraktion eines Zahns oder einer Wurzel bei vollständigem Knocheneinschluss	_____	_____	_____	_____
Extraktion eines Milchzahnes	_____	_____	_____	_____

IMPLANTOLOGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	_____	_____	_____	_____
Sinusbodenelevation	_____	_____	_____	_____
Horizontale/vertikale Erweiterung des Kieferkamms (jegliche Technik, Gesamtbehandlung) – je Quadrant	_____	_____	_____	_____



Intraorale Entnahme von Knochen für die autologe Transplantation und Einführung und/oder Einbringung von Aufbaumaterial – ambulatorischer Eingriff – je Quadrant	_____	_____	_____	_____
Mini-Implantate inklusive Präzisionsverankerung	_____	_____	_____	_____

PROTHETIK

Es ist eine Rückerstattung für prothetische zahnärztliche Leistungen sowohl in Folge eines Unfalls als auch ohne Unfall vorgesehen, jedoch mit unterschiedlichen Tarifen. Zum Beleg eines Unfalles muss der entsprechende Bericht der Ersten-Hilfe beigelegt werden.

LEISTUNGEN	LEISTUNGS-BEDINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Endgültige entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Provisorische entfernbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	_____	_____	_____	_____
Abnehmbare Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen	_____	_____	_____	_____
Sofortige Totalprothese (je Kieferbogen)	_____	_____	_____	_____
Einzelne Semipräzisions- / Präzisionsverankerung aus LNP	_____	_____	_____	_____
Skelettiergerät (Struktur aus LNP oder LP, inklusive Elemente – je Bogen)	_____	_____	_____	_____
Prothetische Krone in LNP und Keramik	_____	_____	_____	_____
Prothetische Krone aus LP und Vollkeramik oder monolithische oder verblendete Zirkonkrone	_____	_____	_____	_____



Einfache provisorische prothetische Krone aus Kunstharz _____	_____	_____	_____
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion _____	_____	_____	_____
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element) _____	_____	_____	_____
Verblendkrone aus LP oder LP mit Kunstharz-Veneer oder LP mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element) _____	_____	_____	_____
Provisorische verstärkte Krone (LNP oder LP – je Element) _____	_____	_____	_____
Provisorische Krone aus Kunstharz – indirekt gefertigt (je Element) _____	_____	_____	_____
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element) _____	_____	_____	_____
Perio-Overdenture je Bogen, ausgenommen Stifte _____	_____	_____	_____
Teleskopkrone je Element _____	_____	_____	_____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

