

FORMULAR FÜR DIE ERSTATTUNG DER ZAHNARZTSPESEN

Personendaten des Eingeschriebenen (Inhaber der Versicherungspolize)

Nachname Name

geboren am in

Geschlecht M W Steuernummer

Adresse PLZ Wohnort Provinz

Tel./Mobil* E-Mail

** Bitte die Mobiltelefonnummer angeben, wenn man die Aktivierung des Services "Meine Rückerstattungen" durch Erhalt einer SMS wünscht*

Der folgende Teil ist auszufüllen, wenn der Antrag um Rückerstattung für ein Familienmitglied eingereicht wird, das beim Sani-Fonds eingeschrieben ist (www.sani-fonds.it/de/einschreibung-beim-sani-fonds).

Daten des Leistungsempfängers

Nachname Name

Geboren am in

Geschlecht M W Steuernummer

Familienmitglied: Ehepartner Lebensgefährtin Sohn/Tochter **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 und das Reglement von Sani-Fonds 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).

Rechnungen/Tickets, die bereits im Zuge der Steuerklärung vorgelegt wurden, können nicht erstattet werden.

Datum: _____

Unterschrift _____

** Für Minderjährige unterschreibt ein Elternteil oder die Person im Besitz der Vormundschaft*

Zustimmung zur Verwendung der persönlichen Daten gemäß EU-Verordnung 2016/679

Nach Erhalt des Informationsschreibens gemäß EU-VERORDNUNG 2016/679, STIMME ich der Verwendung und der Mitteilung meiner persönlichen und sensiblen Daten ZU, welche für die Verwaltung und Auszahlung der Leistungen benötigt werden, und welche für die Inanspruchnahme des Gesundheitsschutzes notwendig sind, dem ich beigetreten bin. Ebenso STIMME ich der Verwendung und Weiterleitung der genannten Daten ZU, welche an die Beteiligten des operativen Ablaufs weitergeleitet werden; dazu zählen der Gesundheitsfonds (Sani-Fonds), Gesundheitseinrichtungen, Ärzte, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. im Rahmen der von ihnen ausgeübten Zuständigkeiten.

Ich bin darüber informiert worden, dass das Informationsschreiben gemäß EU-Verordnung 2016/679 jederzeit auf der Homepage des Gesundheitsfonds (www.sani-fonds.it) eingesehen werden kann.

Datum : _____

Unterschrift _____

** 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 im Leistungskatalog vorgesehen sind.

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

ZAHNERHALTUNG				
LEISTUNGEN	LEISTUNGSBE- DINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Kavität der Klasse 5 nach BLACK				
Kavität der Klasse 1 nach BLACK				
Kavität der Klasse 2 nach BLACK				
Kavität der Klasse 3				
Kavität der Klasse 4				
Zahnrekonstruktion mit Schraube oder Stift – je Element				
Wurzelbehandlung (ein Wurzelkanal, inklusive Röntgenbild)				
Wurzelbehandlung (zwei Wurzelkanäle, inklusive Röntgenbild)				
Wurzelbehandlung (drei oder mehr Wurzelkanäle, inklusive Röntgenbild)				
Revision einer Wurzelbehandlung				
CHIRURGISCHE LEISTUNGEN				
LEISTUNGEN	LEISTUNGSBE- DINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Zahn- oder Wurzelextraktion				
Zahnextraktion unter Narkose, je Zahn				
Extraktion eines/r vollständig vom Knochen umschlossenen Zahns/Wurzel				
Milchzahnextraktion				

MUNDHYGIENE UND PARODONTOLOGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGSBE-DINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Entfernung des Zahnbelags	einmal im Jahr			
Untersuchung der Mundhöhle	einmal im Jahr			
Tiefenreinigung der Zahnwurzeln und/oder Kürettage (für 6 Zähne)	einmal im Jahr			
Schienung, je Zahn	einmal im Jahr			
Regenerative Chirurgie einschließlich allogenem Knochen und/oder Membran – für 6 Zähne	einmal im Jahr			
Resektive Chirurgie je Bogen (jede Art von Lappen und Naht inbegriffen) – für 6 Zähne	einmal im Jahr			
Mukogingivale Chirurgie für 1 oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik, je Bogen (Lappen und Nähte inbegriffen)	einmal im Jahr			
Lappen oder Stift (frei oder gestielt), Naht und Narkose inbegriffen	einmal im Jahr			

IMPLANTOLOGIE

LEISTUNGEN	LEISTUNGSBE-DINGUNGEN	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

Der Leistungskatalog sieht für den Zeitraum ab 01.08.2019 eine Rückerstattung für die prothetische zahnärztliche Leistungen sowohl infolge eines Unfalls als auch ohne vor, jedoch mit unterschiedenen Tarifen. Zum Beleg eines Unfalls muss das entsprechende Protokoll der Ersten-Hilfe beigelegt werden.

LEISTUNGEN	LEISTUNGSBE-DINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Endgültige abnehmbare Teilprothese (mindestens 4 Zähne, einschließlich Haken und Elemente)				
Provisorische abnehmbare Teilprothese einschließlich Haken und Elemente (bis zu 4 Zähnen)				
Herausnehmbare Totalprothese pro Bogen mit Zähnen aus Kunstharz oder Keramik				
Totalprothese (pro Bogen)				

LEISTUNGEN	LEISTUNGSBE- DINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Einzelhemipräzisions-Anker/ Präzision in LNP				
Skelettiergerät (LNP Struktur OR LP, einschließlich der Elemente - pro Bogen)				
Reparatur von herausnehmbarer Prothese (jeglicher Art)				
Prothetische Krone in LNP und Keramik				
Krone in LP und integrale Keramik oder Prothetische Krone aus Vollkeramik oder Monolithische oder verblendete Zirkonkrone				
Provisorische prothetische einfache Krone aus Kunstharz				
Wurzelkappe mit Stift und / oder Rekonstruktion				
Reparatur von Prothesen				
Hinzufügung eines Elements auf Teilprothese oder Element auf Skelettiert				
Kunstharz Krone (für definitives Element)				
Verblendkrone aus LP oder LP mit Kunstharz-Veneer oder LP mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)				
Provisorische Krone (LNP oder LP - pro Element)				
Provisorische Kunstharzkrone - indirekte (pro Element)				
Stumprekonstruktion aus Verbundmaterial, CVI, Amalgam (pro Element)				
Entfernung von Kronen oder Wurzelstiften (je Pfeiler oder Stift). Trifft nicht für Brückenwischenglieder zu				
Perio-Overdenture je Bogen, ausgenommen Stifte				
Teleskopkrone je Element				

DIAGNOSTIK

LEISTUNGEN	LEISTUNGSBE- DINGUNGEN	ANZAHL	ZAHNPOSITION	DETAILKOSTEN
Intraorales Röntgenbild	einmal im Jahr			
Orthopantomogramm	zweijährlich			
CBCT	zweijährlich			

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes _____