

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

- KFO-Behandlungsplan
- KFO-Therapieänderung
- KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungsbeginn Quartal: _____
 Beginn der Verlängerung Quartal: _____
 Voraussichtliche Dauer Quartale: _____

KIG-Einstufung: _____

Anamnese

Diagnose
OK

UK

Bisslage

Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

_____ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120					X		

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

_____ Geschätzte Material u. Laborkosten EUR

_____ voraussichtl. Gesamtkosten EUR

Anschrift des Mitgliedes

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:

% _____

Anspruch besteht ab Quartal _____