

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

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

Behandlungs- Beginn der Voraussichtliche
beginn Quartal Verlängerung Quartal 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 _____