

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div> <hr/> Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Vertragszahnarzt-Nr. Datum </div>	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag <div style="font-size: small; margin-top: 5px;"> Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale _____ _____ _____ </div>
---	--

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	

	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**

Muster

Entscheidung der Krankenkasse

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

Anspruch besteht ab Quartal _____

SCHÜTZERBUCK, Tel. 0611/3270 44, www.schutzbu.de
Vordr.-Nr. Z 144, 07/2018

Originalgröße DIN A4