KFO-Antrag/Formblatt

Datum:

Patient(in) Name	Vorname	Versicherungsnummer	
Versicherte(r) Name	Vorname	Versicherungsnummer	
		Telefonnummer	Vers. Träger

OPTG: alle Zähne angelegt: Nichtanlage: Überzahl: bereits fehlend:

Retinierte Zähne: devital: Karies:

Fern-RÖ:

WS	SNA	SNB	ANB	KBW	OK incl.	UK incl.	WITS

Diagnose: **Kl.I** **Kl. II/1** **Kl.II/2** **Kl.III** **NA**

skelettal: **horizontal** **neutral** **vertikal** **abgeschlossen**

Maxilla: orthognath prognath retrognath

Mandibula: orthognath prognath retrognath

dental: rechts Kl I II III……..PMB links Kl I II III…….PMB

Engstand OK: …… mm bei ……. mm zur FE Mittellinie…….

Engstand UK: …… mm bei ……..mm zur FE Kreuzbiss……....

Überbiss: …… mm Scherenbiss……

sagittale Stufe: ……mm

Behandlungsplan / KFO – Therapie:

☐ **abnehmbar** ☐ **festsitzend** ☐ **kombiniert**

Voraussichtliche Behandlungsdauer: …….. Jahre

Behandlungsjahr: ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **…**

Behandlungsjahr von ……. bis ……..

Kosten des Behandlungsjahres: € ……

Vorzulegen im 1. Behandlungsjahr, ab dem 4. und allen folgenden Behandlungsjahren sowie bei Behandlerwechsel bzw. bei Unterbrechungen.

_____

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)