



KFO-Antrag/Formblatt

Datum:

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

BEFUND

1.OPTG: Nichtanlagen: Retinierte/dystope Zähne :

2.FRS:

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

ODER

Maxilla: orthognath prognath retrognath **Mandibula:** orthognath prognath retrognath

Bisslage: KI.I KI.II KI.III **Wachstumstyp:** horizontal neutral vertikal

OK Frontinklination: retro neutral ante **UK Frontinklination:** retro neutral ante

3.MODELLE Milchgebiss Wechselgebiss bleibendes Gebiss

rechts KI (6er): I II III PMB links KI (6er): I II III PMB

Engstand (Stützzone) OK:mm UK:mm Kreuzbiss: re li Scherenbiss: re li

Overbite:mm Overjet:mm Mittellinie: re li mm

Kontaktpunktverlagerungen : IOTN Grad:

DIAGNOSE(N) :

Behandlungsplan / - ziele / spezielle Maßnahmen :

abnehmbar festsitzend kombiniert (KFO + Operation)

Behandlungsjahr: 1 2 3 4 von bis

Kosten des Behandlungsjahres: €

Vorzulegen im 1. Behandlungsjahr sowie bei Behandlerwechsel bzw. bei Unterbrechungen.

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)