

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

- KFO-Behandlungsplan**
- KFO-Therapieänderung**
- KFO-Verlängerungsantrag**
- Behandlungsbeginn Quartal: _____ Beginn der Verlängerung Quartal: _____ Voraussichtliche Dauer Quartale: _____
- KIG-Einstufung** _____
- Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)**
- Behandlerwechsel Neuplanung**
- Kassenwechsel**
- Unfall**

Anamnese

Diagnose
OK

UK

Bisslage

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

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	III-Z	Summe	Schlüssel
OK 119						<input checked="" type="checkbox"/>		
UK 119						<input checked="" type="checkbox"/>		
120					<input checked="" type="checkbox"/>			

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

_____ Geschätzte Material u. Laborkosten **EUR**

_____ voraussichtl. Gesamtkosten **EUR**

Antragsnummer		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Verarbeitungskennzeichen		
Kassenwechsel voriges IK	Abschlagsnummer	Akt.-Z. PVS
Behandlerwechsel ab Quartal		

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 _____