

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

Mitteilungsnummer
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Verarbeitungskennzeichen
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung:
Zusätzlich erforderliche Leistungen (KFO)
Leistungen**

Erläuterung

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes