

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

- KFO-Behandlungsplan**
- KFO-Therapieänderung**
- KFO-Verlängerungsantrag**

Behandlungs-      Beginn der      Voraussichtliche  
 beginn Quartal      Verlängerung Quartal      Dauer Quartale

\_\_\_\_\_

**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	

\_\_\_\_\_ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

	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**

**Entscheidung der Krankenkasse**

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

% \_\_\_\_\_

Anspruch besteht ab Quartal \_\_\_\_\_