

Antrag auf Kostenübernahme kieferorthopädischer Behandlung

| | | | | | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|--|--------------------|----------------------------------|---|--|--|
| GKK für | BKK für | Andere Kostenträger | 1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers. | 5 Pensionist/in | 7 Kriegshinter- bliebene/r | 9 | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|--|--------------------|----------------------------------|---|--|--|

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme durch die Kasse 3 Monate ab Bewilligungsdatum gültig ist!

Art der Fehlbildung: (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

- a) Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen
- b) Unterzahl von drei benachbarten oder von vier oder mehr Zähnen in einem Kiefer
- c) Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer
- d) Totale Nonokklusion
- e) Extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- f) Extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen paradontalen Gebiet
- g) Frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren
- h) Progenie mit Mesialokklusion und Frontahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- i) Extreme Frontahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- j) Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in lit. a) bis i) genannten Anomalien entsprechen
- k) Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen Fachgebieten gehören (HNO-Krankheiten, Neurologie und Psychiatrie).

| | | | | |
|----------------|-----------|---------------------|-----|-------|
| Familienname/n | Vorname/n | Versicherungsnummer | | |
| Patient | | | Tag | Monat |
| Anschrift | | | | |

| | | | | |
|--|--|-----|-------|------|
| Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in eine/ein Angehörige/r ist) | | Tag | Monat | Jahr |
|--|--|-----|-------|------|

| | | | |
|---|--|--|--|
| Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) | | | |
|---|--|--|--|

Diesen Vordruck nur für Vertragsleistungen (Fehlbildung a-k) verwenden. Für außervertragliche Leistungen ist formlos ein Behandlungsplan mit Befund, Therapieanschlag und Angabe der vorgesehenen Apparate mit prognostischer Beurteilung einzusenden.

| |
|-----------------------------------|
| Voraussichtliche Behandlungsdauer |
| _____ Jahre |

Befund: (entsprechend den Fehlbildungen a-k)

Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am

Therapieanschlag und Angabe der vorgesehenen Apparate:

OK:

UK:

| | |
|-------|--|
| Datum | Unterschrift und Stempel der/des Vertrags-Zahnärztin/arztes, -Dentistin/en |
|-------|--|

Raum für Vermerke des Krankenversicherungsträgers:

Kostenübernahmszusicherung der Kasse

Die Kasse übernimmt die Kosten der kieferorthopädischen
Behandlung im _____ Behandlungsjahr

vom _____ bis _____

Gesamtkosten EUR _____

Anteil der Kasse EUR _____

Anteil des Versicherten EUR _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Krankenversicherungsträgers

Abrechnung des Zahnbehandlers

Anteil der Kasse an der Behandlungspauschale für neben-
stehenden Zeitraum

EUR _____

Datum

Unterschrift und Stempel der/des Vertrags-Zahnärztin/arztes, -Dentistin/en