

Antrag auf Kostenübernahme kieferorthopädischer Behandlung

ÖGK

Anderer Kostenträger

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstvers.

5
Pensionist/in

7
Kriegshinter-
bliebene/r

9

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Familienname Vorname Versicherungsnummer

Patient/in
Tag Monat Jahr

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, Therapievorschlagn und Angabe der vorgesehenen Apparate mit prognostischer Beurteilung einzusenden.

Voraussichtliche
Behandlungsdauer
_____ Jahre

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

Art der Fehlbildung: (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

- a) Hemmungsmissbildungen, 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 Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
- i) Extreme Frontzahnstufe 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).

Befund: (entsprechend den Fehlbildungen a–k)

Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am _____

Therapievorschlagn und Angabe der vorgesehenen Apparate:

OK:

UK:

Vermerke des Krankenversicherungsträgers:

Vermerke des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin:

Kostenübernahmszusicherung des KV-Trägers

Abrechnung des Zahnbehandlers

Der Krankenversicherungsträger übernimmt die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung im ____ Behandlungsjahr

vom _____ bis _____

Gesamtkosten € _____

Anteil des KV-Trägers € _____

Anteil des Versicherten € _____

Anteil des Krankenversicherungsträgers an der Behandlungspauschale für nebenstehenden Zeitraum:

€ _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Krankenversicherungsträgers

Datum

Unterschrift und Stempel des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin