

<h2 style="margin: 0;">Antrag auf Kostenübernahme kieferorthopädischer Behandlung</h2>			ÖGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9																												
			Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!						Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Familienname</td> <td style="width: 30%;">Vorname</td> <td style="width: 40%;">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Patient</td> <td></td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Anschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)</td> </tr> </table>							Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	Patient		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr	Anschrift			Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr	Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)			<p>Art der Fehlbildung: (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a) Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen <input type="checkbox"/> b) Unterzahl von drei benachbarten oder von vier oder mehr Zähnen in einem Kiefer <input type="checkbox"/> c) Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer <input type="checkbox"/> d) Totale Nonokklusion <input type="checkbox"/> e) Extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss <input type="checkbox"/> f) Extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen paradontalen Gebiet <input type="checkbox"/> g) Frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren <input type="checkbox"/> h) Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss <input type="checkbox"/> i) Extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss <input type="checkbox"/> j) Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in lit. a) bis i) genannten Anomalien entsprechen <input type="checkbox"/> 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	Vorname	Versicherungsnummer																													
							Patient		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr																							
							Tag	Monat	Jahr																													
Anschrift																																						
Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr																														
Tag	Monat	Jahr																																				
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)																																						
<p>Diesen Vordruck nur für Vertragsleistungen (Fehlbildung a–k) verwenden. Für außervertragliche Leistungen ist formlos ein Behandlungsplan mit Befund, Therapievor-schlag und Angabe der vorgesehenen Apparate mit prognostischer Beurteilung einzusenden.</p>							<p>Befund: (entsprechend den Fehlbildungen a–k)</p>																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Voraussichtliche Behandlungsdauer</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td>_____ Jahre</td> <td></td> </tr> </table>							Voraussichtliche Behandlungsdauer		_____ Jahre		<p>Behandlungsjahr _____</p> <p>Behandlungsbeginn (Befunderhebung) am _____</p>																											
Voraussichtliche Behandlungsdauer																																						
_____ Jahre																																						
<p>_____ Datum</p> <p>_____ Unterschrift und Stempel des Vertragszahnarztes</p>							<p>Therapievor-schlag und Angabe der vorgesehenen Apparate:</p> <p>OK:</p> <p>UK:</p>																															

Raum für Vermerke des Krankenversicherungsträgers (KVT):

Kostenübernahmszusicherung des KVT		Abrechnung des Zahnbehandlers	
Der KVT übernimmt die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung im _____ Behandlungsjahr vom _____ bis _____			
Vertragsbehandler Gesamtkosten € _____ Anteil des KVT € _____ Anteil d. Versicherten € _____		Anteil des KVT an der Behandlungspauschale für neben- stehenden Zeitraum € _____	
_____ Datum	_____ Stempel und Unterschrift des Krankenversicherungsträgers	_____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Vertragszahnarztes