

ÖGK		Anderer Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinterbliebene/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Antrag auf Kostenübernahme kieferorthopädischer Behandlung

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient/in		<div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
		Tag Monat Jahr
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in eine/ein Angehörige/r ist)		
		<div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
		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, Therapievorschlag und Angabe der vorgesehenen Apparate mit prognostischer Beurteilung einzusenden.

Voraussichtliche Behandlungsdauer
_____ Jahre

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

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 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 _____

Therapievorschlag und Angabe der vorgesehenen Apparate:

OK:

UK:

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