

**Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan**

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am _____  Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status  Vertragszahnarzt-Nr.    Datum	<input type="checkbox"/> <b>KFO-Behandlungsplan</b> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Therapieänderung</b> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Verlängerungsantrag</b> Behandlungsbeginn Quartal    Beginn der Verlängerung Quartal    Voraussichtliche Dauer Quartale _____    _____    _____ <b>KIG-Einstufung</b> _____																																
<b>Anamnese</b>																																	
<b>Diagnose</b>																																	
OK																																	
UK																																	
<b>Bisslage</b>																																	
Therapie    Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/>																																	
OK																																	
UK																																	
<b>Bisslage</b>																																	
<b>Verwend. Geräte</b>																																	
<b>Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen</b> (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Ä 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>Ä 928</th><th>Ä 934 a</th><th>b</th><th>Ä 935 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>5</th><th>7 a</th><th>12</th><th>116</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td> </tr> </tbody> </table>	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		
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																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>Summe</th><th>Buchst.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		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
	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.																										
OK 119																																	
UK 119																																	
120					X																												
Anschrift des <b>Mitgliedes</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Datum, Unterschrift und Stempel der <b>Krankenkasse</b> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																															
<b>Entscheidung der Krankenkasse</b> Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:    %    _____    Anspruch besteht ab Quartal    _____																																	

SCHÜTZERBUCK, Tel. (0611) 32 72 44, www.schutzersbuck.de  
Vordr.-Nr. Z 144, 07/2018

Muster