

1.



KFO-Antrag/Formblatt

Datum:

Patient(in)	Name	Vorname	Versicherungsnummer
	Luxusmann	Lux	4321 010111
Versicherte(r)	Name	Vorname	Versicherungsnummer
			Vers. Träger GKK

M
O
C
D
O

BEFUND

1.OPTG:

2.FR:

WS

Stützzonenverlust
 OK = 18,1 – 19
 UK = 17,1 – 18

ODER

Maxilla: orthognath prognath retrognath **Mandibula:** orthognath prognath retrognath

Bisslage: KI.I KI.II KI.III **Wachstumstyp:** horizontal neutral stil

OK Frontinklination: retro neutral ante **UK Fronti**

3.MODELLE

Mischgebiss Wechselgebiss

rechts KI (6er): I **Beispiel:** links KI
 Engstand (Stützzone) OK: **18,5 mm** Kreuzbiss: re lbiss: re li

Wechselgebiss

Overbite: mm Overjet: mm Mittellinie: re li mm

Kontaktpunktverlagerungen :

IOTN Grad:

knapp unter 5i

DIAGNOSE(N) :

Stützzonenverlust mit drohender Durchbruchstörung

Behandlungsplan / - ziele / spezielle Maßnahmen :

abnehmbar festsitzend

Behandlungsjahr: 1

Kosten des Behandlungs

Vorzulegen im 1. Behandlungsjahr sowie bei Behandlungserwechsel bzw. bei Unterbrechungen.

in der Regel
max. 3 Jahre gesamt

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)