



**KFO-Antrag/Formblatt**

Datum:

Patient(in)	Name	Vorname	Versicherungsnummer
	<b>Luxusfrau</b>	<b>Luxara</b>	<b>4321 010111</b>
Versicherte(r)	Name	Vorname	Versicherungsnummer
			Vers. Träger <b>GKK</b>

M
<b>O</b>
C
D
O

**BEFUND**

**1.OPTG:** Nichtanlagen: Retinierte/dystope Zähne :

**2.FRS:**

WS	K incl.	UK incl.	WITS

**Maxilla:** orthognath  prognath  retrognath

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

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

**3.MODELLE** Milchgebiss  Wechselgebiss

rechts KI (6er): I  II  III  PMB links KI

Engstand (Stützzone) OK: mm UK: mm Kreuzbiss: re  li  biss. re  li

Overbite: mm Overjet: **+5,5 mm** Mittellinie: re  li  mm

Kontaktpunktverlagerungen :

IOTN Grad:

3a

**DIAGNOSE(N) :**

**Behandlungsplan / - ziele / spezielle Maßnahmen :**

abnehmbar  festsitzend

Behandlungsjahr: 1

Kosten des Behandlungs

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

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)