



**KFO-Antrag/Formblatt**

Datum:

Patient(in)	Name <b>Luxusmann</b>	Vorname <b>Luxo</b>	Versicherungsnummer <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:

2.FRS

WC

**verkehrter Überbiss - Progenie  
0 – 3,5 mm ohne K. u. S.**

**[Anm.: 1.1 – 3.5 mm mit K. u. S. → GRATIS]**

Bisslage:

OK Frontinklination: retro  neutral  ante  Frontin

3.MODELLE

Milchgebiss  Wechselgebiss

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

Engstand (Stützzone) OK: mm UK: mm Kreuzbiss: re  li  Seitenbiss: re  li

Overbite: mm Overjet: **-0,5 mm** Mittellinie: re  li  mm

Kontaktpunktverlagerungen :

IOTN Grad:

**MZ / 2b / 3b**

DIAGNOSE(N) :

**Verkehrter Überbiss OHNE Kau- und Sprechschwierigkeiten**

Behandlungsplan / -ziele / spezielle Maßnahmen :

abnehmbar  festsitzend

Behandlungsjahr: 1  2

Kosten des Behandlungs

**in der Regel  
max. 4 Jahre gesamt**

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

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)