



**KFO-Antrag/Formblatt**

Datum:

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

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

Bl...  
1.0...

max. 3 Jahre in Hauptbehandlung bzw. gesamt

in der Regel 1 Jahr in Frühbehandlung

Kreuzbiss rechts und/oder links RKP – IKP bis einschl. 2,0 mm oder Kreuzbiss Milchzähne

altersunabhängig

Retinierte/dystope Zähne :

ANB  KBY

ath  retrognath

Wachstum

OK Frontinklination: retro  neutral  ante  UK Frontinklination: retro  neutral  ante

3.MODELLE Milchgebiss  Wechselgebiss  bleibendes Gebiss

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

Kreuzbiss: re  li  Scherenbiss: re  li

Mittellinie: re  li  mm

Kontaktpunktverlagerungen :

IOTN Grad: MZ / 2c / 3c

**DIAGNOSE(N) :**  
**Kreuzbiss ohne ODER mit minimaler Zwangsbissführung ODER Milchzähne im Kreuzbiss**  
 Behandlungsplan / -ziele / spezielle Maßnahmen :

abnehmbar  festsitzend  kombiniert ( KFO + Operation )

Behandlungsjahr: 1  2  3  4  von bis

Kosten des Behandlungsjahres: €

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

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)