

5.



**KFO-Antrag/Formblatt**

Datum:

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

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

**BEFUND**

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

**2.FRS:**

WS	SNA	SNB	ANB	KPW	OK incl.	UK incl.	WITS
----	-----	-----	-----	-----	----------	----------	------

**Engstand von 3mes – mes3  
 KP 3,1 – 4 mm**

orthognath  prognath  retrognath

**Bisslage:**  horizontal  neutral  vertikal

**OK Frontinklination:** retro  neutral  ante  **UK Front**  te

**3.MODELLE** Milchgebiss  Wechselgebiss

**ab spätem  
 Wechselgebiss**

rechts (Ober):  Beispiel: PM3 links K  MB

Engstand (Stützzone) OK: **-4** mm Kreuzbiss: re  li  Nierenbiss: re  li

Overbite: mm **Beispiel:** Mittellinie: re  li  mm

Kontaktpunktverlagerungen : **11/12: 3,5**

IOTN Grad:  
 3d

**DIAGNOSE(N) :**

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

abnehmbar  festsitzend

Behandlungsjahr: 1

Kosten des Behandlungs

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

**in der Regel  
 max. 3 Jahre**

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)