



**KFO-Antrag/Formblatt**

Datum:

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

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

**BEFUND**

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

**2.FRS:**

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

**ODER**

Ma  orthognath  prognath  retrognath   
 Biss  horizontal  neutral  vertikal   
 OK Frontinkl.  OK Frontinklinat.

**3.MODELLE**

Milchgebiss  Wechselgebiss   
 rechts KI (6er): I  II  III  PMB links KI (6er): I  II  III  PMB  
 Engstand (SANTAGGI) GKK: mm UK: mm Kreuzbiss: re  li  Scherwink: re  li   
 Overbite: **-3 mm** Overjet: mm Mittellinie: re  li  mm  
 Kontaktpunktverlagerungen: IOTN Grad: **3e**

**DIAGNOSE(N) :**

**offener Biss**

**Behandlungsplan / -ziele / spezielle Maßnahmen**

abnehmbar  festsitzend   
 Behandlungsjahr: 1  2   
 Kosten des Behandlungsjahrs:  Kostenübernahme   
 Vorzulegen im 1. Behandlungsjahr:  Wechsel bzw. bei Unterbrechungen.

Stempel und Unterschrift Zahnbehandler(in)