

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Vertragszahnarzt-Nr. Datum	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale _____ _____ _____ KIG-Einstufung _____													
Anamnese														

Diagnose														
OK														

UK														

Bisslage														

Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/>														
OK														

UK														

Bisslage														

Verwend. Geräte														

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)														
Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	
	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.							
OK 119														
UK 119														
120				X										

SCHÜTZERBUCK, Tel. (0611) 32 72 44, www.schutzbu.de
Vordr.-Nr. Z 144, 07/2018

Muster