

**Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung**

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname des Versicherten	geb.am
Versicherten-Nr.	

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)**

**1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung**

Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang am \_\_\_\_\_ abgeschlossen.

**2. Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung**

Die kieferorthopädische Behandlung des o. g. Patienten nimmt einen unplanmäßigen Verlauf, weil

mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt

die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde

die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden

die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde und

Reparaturen zusätzlich notwendig sind

eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist, aufgrund von

.....

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**3. Abbruch der Behandlung**

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt

die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde

die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden

die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde

eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Muster

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes