

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

KFO-Behandlungsplan
 Behandlerwechsel
 Planübernahme (Einstieg
 in die Behandlung)

KFO-Therapieänderung
 Behandlerwechsel
 Neuplanung

KFO-Verlängerungsantrag
 Kassenwechsel

Behandlungs-
 beginn Quartal

Beginn der
 Verlängerung Quartal

Voraussichtliche
 Dauer Quartale

KIG-Einstufung _____ **E3/E4 UK** _____ **Unfall**

Anamnese

Diagnose
OK

UK

Bisslage

Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) Erwachsenenbehandlung

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	

 voraussichtl. Dauer
 der Behandlung
 Quartale

	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel
OK 119								
UK 119								
120								

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

 Geschätzte Material
 u. Laborkosten **EUR**

 voraussichtl.
 Gesamtkosten **EUR**

Antragsnummer			
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			
Verarbeitungskennzeichen			
Art des Behandlungsplans			
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version
			2.0.0

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:

% _____

Anspruch besteht ab Quartal _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel

KFO Zusatzseite

Antragsnummer

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel

Antragsnummer vorherige Krankenkasse

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse

Ergänzende Information(en)

Abschlag vorherige Krankenkasse

Einstieg ab Behandlungsquartal
