**Anlage 19 c**

**Name und Anschrift der Krankenkasse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Name, Vorname des Versicherten geb. am |
|  |  | Versichertennummer |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Begutachtung kieferorthopädische Behandlung

Die Erstellung des Gutachtens über

KFO-Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  KFO-Verlängerungsantrag vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KFO-Therapieänderung vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  KIG-Einstufung vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

erfolgte am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Untersuchung des Patienten am \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ergebnis**

1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet  ja  mit Einschränkung  nein

2. Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet  ja  mit Einschränkung  nein

Quartale \_\_\_\_\_\_\_\_

3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet  ja  mit Einschränkung  nein

4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen

Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt  ja  nein, welche\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen

wird befürwortet  ja  mit Einschränkung  nein

6. Die Material- und Laborkosten sind angemessen  ja  nein, Höhe \_\_\_\_\_\_\_\_

**Begründung** (falls den Angaben des Zahnarztes / Kieferorthopäden nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)

**Name und Anschrift des Zahnarztes**

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift |