

HEIL- UND KOSTENPLAN

für kieferorthopädische Behandlungen
der Tiroler Krankenfürsorgen

Landesbeamte		Landeslehrer		Gemeindebeamte		Doppelversicherung	
Bitte unbedingt ankreuzen!							

Name: geb.:

Anschrift: Tel.:

Angehöriger: Name: geb.:

Ist der Angehörige selbst versichert:

Ja	Nein
----	------

Bitte ankreuzen!

A) Diagnosemaßnahmen: Bitte ankreuzen!

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Modelle + Analyse | <input type="checkbox"/> Fernröntgenanalyse |
| <input type="checkbox"/> Panorama-Röntgen | <input type="checkbox"/> Fotodokumentation |
| <input type="checkbox"/> Fernröntgen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

B) Diagnose:

.....

.....

.....

.....

C) IOTN-Einstufung:

--	--

D) Therapie-Plan:

- Interzeptiv, Geräte.....
- Hauptbehandlung, Geräte
- Voraussichtliche Behandlungsdauer bis zur Abnahme bzw. Retentionsbeginn.....

E) Kostenplan: bitte unbedingt ausfüllen, um unseren Versicherten Ihren Selbstbehalt mitteilen zu können

- interzeptiv €.....
- kombiniert interzeptiv €.....

Festsitzende Hauptbehandlung

1. Behandlungsjahr €.....
2. Behandlungsjahr €.....
3. Behandlungsjahr €.....

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift