

HEIL- UND KOSTENPLAN

für kieferorthopädische Behandlungen
der Tiroler Krankenfürsorgen

Landesbeamte	
--------------	--

Landeslehrer	
--------------	--

Gemeindebeamte	
----------------	--

Bitte unbedingt ankreuzen!

Name: geb.:

Anschrift: Tel.:

Angehöriger: Name: geb.:

Ist der Angehörige selbst versichert:

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

Bitte ankreuzen!

A) Diagnosemaßnahmen: Bitte ankreuzen!

- Modelle + Analyse
- Panorama-Röntgen
- Status
- Fernröntgen + Analyse
- Fotodokumentation
- Artikulatormontage
- Axiographie
- Sonstiges

.....
.....

B) Diagnose:

.....
.....

C) Therapie-Plan:

1. Vorgesehene Maßnahmen:
.....
.....

2. Voraussichtlicher Zeitplan:
.....

D) Kostenplan: bei Übereinstimmung mit dem Tarif brauchen nur die Positionsnummer eingetragen werden)

- 1. Behandlungsjahr:
- 2. Behandlungsjahr:
- 3. Behandlungsjahr:

Kieferorthopädische Behandlungen über das 3. Behandlungsjahr hinaus bedürfen einer neuerlichen Bewilligung und Kontrolle des Patienten durch den Vertrauensarzt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift