

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!

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modelle + Analyse | <input type="checkbox"/> Fotodokumentation |
| <input type="checkbox"/> Panorama-Röntgen | <input type="checkbox"/> Artikulormontage |
| <input type="checkbox"/> DVT | <input type="checkbox"/> Axiographie |
| <input type="checkbox"/> Fernröntgen + Analyse | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
-
.....

B) Diagnose:

.....
.....

C) IOTN-Einstufung:

--	--

D) Therapie-Plan:

1. Vorgesehene Maßnahmen:

.....
.....
.....

2. Voraussichtlicher Zeitplan:

.....

E) Kostenplan:

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