

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> interzeptiv..... | <input type="checkbox"/> 1. Behandlungsjahr..... |
| | <input type="checkbox"/> 2. Behandlungsjahr..... |
| <input type="checkbox"/> kombiniert interzeptiv..... | <input type="checkbox"/> 3. Behandlungsjahr..... |

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift