

# HEIL- UND KOSTENPLAN

für kieferorthopädische Behandlungen  
der Tiroler Krankenfürsorgen

Landesbeamte	Landeslehrer	Gemeindebeamte	Doppelversicherung
<b>Bitte unbedingt ankreuzen!</b>			

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