

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) erforderliche Diagnosemaßnahmen:

- Gesichts- und Mundfotos (zusammengefasst)
- Fernröntgen + Analyse
- Scans oder Fotos der Modelle + Analyse
- ☐ Sonstiges
- Panoramaröntgen

B) Diagnose:

.....

.....

.....

.....

C) IOTN-Einstufung:

--	--

Region: _____

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 €.....
- ☐ kombiniertinterzeptiv €.....

Festsitzende Hauptbehandlung

- ☐ 1. Behandlungsjahr €.....
- ☐ 2. Behandlungsjahr €.....
- ☐ 3. Behandlungsjahr €.....

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift