

# Formblatt KFO Gutachten

Name des Behandlers

Name des Gutachters, Datum

Name der Kasse	Wohnort
Name, Vorname des Versicherten	PLZ
	Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten -Nr.
	Status

<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan	<input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag	<input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung	<input type="checkbox"/> KIG-Einstufung	<input type="checkbox"/> Antrag nachträgliche Leistungen
--	--	---	---	--

		Behandler(in) vorhanden		Gutachter(in) vorhanden		Gutachter(in) auswertbar	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein
<b>1.</b>	<b>Fotos/Röntgen/Modelle</b>						
1.1	auswertbare Fotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	auswertbare Zahnfilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	auswertbares OPG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	auswertbare Fernröntgenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	auswertbare Handröntgenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	auswertbare Modelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	<b>Anamnese/ Befund/Diagnose</b>						
2.1	Anamnese-Angaben nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.2	FRS-Auswertung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.3	Diagnose vollständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>3.</b>	<b>Therapieplanung</b>						
3.1	Therapieplanung schlüssig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.2	Einstufung 119 OK zutreffend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.3	Einstufung 119 UK zutreffend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.4	Einstufung 120 zutreffend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>vom Gutachter auszufüllen</b>	<b>Plan befürwortet</b>
	<b>Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe ist korrekt</b>

<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>mit Einschränkung</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zusätzliche Bemerkungen der Behandlerin/ des Behandlers

Zusätzliche Bemerkungen der Gutachterin/ des Gutachters