

## 1 Patient/Praxis: (bitte unbedingt in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name Patient \_\_\_\_\_

Vorname Patient \_\_\_\_\_

Geschlecht: M  W  D  Geb. \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Vertrags-  
zahnarzt-Nr.

Bitte vollständig ausfüllen!

Name/Vorn. des Versicherten (falls anders als Patient):

GKV:  PKV:  Selbstzahler:  Beihilfe:  KZV-Bereich: \_\_\_\_\_

Kasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_ VK gültig bis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## 2 Mitgelieferte diagnostische Unterlagen:

Abdrücke: OK  UK

Modelle: OK  UK

Wachsbiss in Schlussbissstellung  
(alternativ Okklusionsezeichnung)

Orthopantomogramm:

Fernröntgenseitenaufnahme:

Einzelaufnahme:

Handröntgenaufnahme:

Gesichtsfotos:

## 3 Modellbearbeitung/Auswertung:

### Modellarbeiten:

Abdrücke ausgießen  Duplizieren  3D-Trimmen  Sockeln (in Sockelschalen)

### Auswertung von Röntgenaufnahmen:

**Wir empfehlen: FRS-Auswertung nach unserer praxisbewährten Analyse:**

oder nach Steiner  Jarabak  Ricketts 11-Punkte  Ricketts umfassend

Handröntgenauswertung und Endgrößenberechnung  jetzige Größe: \_\_\_\_\_ Auswertung der Gesichtsfotos

Für Ihre eigenen Messungen und Behandlungsvorschläge stehen Ihnen unsere Messformulare zur Verfügung.

**Bei sofortiger Gerätebeauftragung bitte das passende Auftragsformular verwenden**

## 4 Zahnstatus und anamnestische Angaben: (nur soweit für den Fall von Bedeutung)

**Wir bitten möglichst in nebenstehendes Zahnschema Besonderheiten wie folgt zu markieren:**

K = Krone Metall

B = Brückenglied Metall

KV = Vestibulär verblendete Krone Keramik

BV = Vestibulär verblendetes Brückenglied Keramik

KM = Vollverblendete Krone Keramik

BM = Vollverblendetes Brückenglied Keramik

KK = Vollverblendete Krone Kunststoff

KVK = Vestibulär verblendete Krone Kunststoff

KB = Vollverblendetes Brückenglied Kunststoff

f = fehlender Zahn

EX = zu entfernender Zahn

I = Implantat

Sonstige Besonderheiten wie folgt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

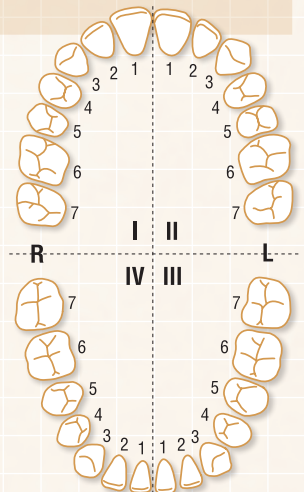
Relevante weitere Angaben (Erblichkeit, Zunge,  
Zungenfunktion, Atmung, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 5 Unser besonderer Service: qualifizierte Vorabberaterung

Wir beurteilen einen Neufall aufgrund der eingereichten diagnostischen Unterlagen mit Behandlungsvorschlag, gegebenenfalls Behandlungsalternativen für Ihre GKV-, PKV-Patienten und Selbstzahler.

Bei GKV-Patienten erhalten Sie zudem die KIG-Einstufung und einen praxisnahen Mehrkostenvorschlag.

Für Selbstzahler (GKV-Patienten, bei denen eine Kassenbehandlung nicht möglich ist, z.B. KIG 1, KIG 2, Patient noch zu jung oder älter als 17 Jahre) erhalten Sie alternative Therapievorschläge („ausreichend bis umfassend“) mit möglichen Kosten (Honorar und Labor).

Nach Rücksprache mit Ihrem Patienten erstellen wir in einem zweiten Schritt die von Ihnen gewünschte unterschriftsreife Planvariante.

### Gerne berücksichtigen wir Ihre Behandlungswünsche:

rein ästhetische Behandlung    nur Präprothetik    kein Multiband    Extraktionen vermeiden

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Weitere Beratungsleistungen

- Zwischenanalyse mit Modellvermessung  
 nur schriftliche Beurteilung laufender Fälle mit Empfehlung zum weiteren Vorgehen

Patient trägt zurzeit folgendes Gerät:

## 6 Auftragserteilung Schreib- und Beratungsdienst:

### GKV-Patient

- Auswertung mit Befundblatt, Modellvermessung und Behandlungsvorschlag  
 Ermittlung der KIG-Einstufung und der Schwierigkeitsgrade nach 119/120  
 Ausdruck KFO-Behandlungsplan ..... plus  Mehrkostenvereinbarung  
 Verlängerungsantrag\* ..... plus  Mehrkostenvereinbarung  
 Therapieänderung\* ..... plus  Mehrkostenvereinbarung

\*bitte Kopie des Erstplanes oder Planes mitschicken!

**Lassen Sie sich über unsere neue Mehrkostenvereinbarung beraten!**

### PKV-Patient

- Auswertung mit Befundblatt, Modellvermessung und Behandlungsvorschlag  
 Ermittlung der Schwierigkeitsgrade nach 6030-6080 .....  
 Ausdruck Kieferorthopädischer Heil- und Kostenplan HKP .....  
 Therapieänderung\* .....  
 HKP für Weiterplanung\* .....

\*bitte Kopie des Erstplanes oder Planes mitschicken!

- mit Faktor 2,3  
 Mischkalkulation wird dem Labor überlassen  
 anderer Faktor \_\_\_\_\_  
2,8 / 3,0 / 3,5



**Fachlabor  
Dr. W. Klee**  
für grazile Kieferorthopädie

**Frankfurt am Main:**  
Vilbeler Landstr. 3-5, 60386 Frankfurt, Germany  
Telefon +49 69 94221-0

**Potsdam:**  
Rudolf-Moos-Straße 2, 14482 Potsdam, Germany  
Telefon +49 331 55070-0

[www.kfo-klée.de](http://www.kfo-klée.de) – [info@kfo-klée.de](mailto:info@kfo-klée.de)