

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Begutachtung kieferorthopädische Behandlung

Die Erstellung des Gutachtens über

KFO-Behandlungsplan vom

KFO-Verlängerungsantrag vom

KFO-Therapieänderung vom

KIG-Einstufung vom

KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom

erfolgte am

Untersuchung des Patienten am

Ergebnis

1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
Quartale _____
3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt ja nein, welche _____
5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
6. Die Material- und Laborkosten sind angemessen ja nein, Höhe _____

Begründung (falls den Angaben des Zahnarztes / Kieferorthopäden nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)

Name und Anschrift des Zahnarztes

Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Raum für weitere Begründung des Gutachters

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über
 die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom
 ausgeführte prothetische Leistungen vom
 den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom
 die PAR-Therapieergänzung vom
 die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom
 die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs-/ Therapieänderungsantrag / KIG-
 Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom
 die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“
 erfolgte am Untersuchung des Patienten am

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr.			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum_____
Stempel, Unterschrift des Gutachters

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.