

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

Abrechnungsstempel der  
Behandlerin/des Behandlers



## BEGLEITBLATT KFO-GUTACHTEN

*Antragsdatum	*Behandlungsplan	*Verlängerung	*Therapieänderung		*Einzelne Gebührenposition	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
			*Behandler(in)		Gutachter(in)	
			Ja	Nein	Ja	Nein
1. Auswertbare Modelle vorhanden						
1.1 aus Scan erstellte Modelle						
2. Auswertbare Zahnröntgenaufnahmen (OPTG) vorhanden						
2.1 aus DVT herausgerechnetes OPG						
3. Auswertbare Fernröntgenaufnahmen (FRS) vorhanden						
3.1 aus DVT herausgerechnetes FRS						
4. Auswertung der Fernröntgenaufnahme vorhanden						
5. Auswertbare Fotos						
6. Diagnose vollständig						
7. Therapieplan schlüssig						
8. Einstufung 119/120 vertragsgemäß						
9. Mehrfachpositionen angemessen						
10. Laborkosten angemessen						
11. KIG - Einstufung zutreffend						
*ggf. Bemerkungen von der Behandlerin bzw. von dem Behandler: (bei „Nein-Antworten“)						
*Datum/Unterschrift der Behandlerin/des Behandlers: _____						
Gutachten vom:	Antrag	befürwortet	nicht befürwortet	mit Änderung		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
tel. Rücksprache:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	tel. nicht möglich:	<input type="checkbox"/>		
ggf. Bemerkungen von der Gutachterin bzw. von dem Gutachter: (bei „Nein-Antworten“, Änderungen und „nicht befürwortet“)						
			Stempel der Gutachterin/des Gutachters			

\* Pflichtfelder sind von der Behandlerin bzw. von dem Behandler auszufüllen.