



**ANTRAG AUF
KOSTENERSTATTUNG zur Vorlage
bei der OÖGKK auf
Kieferorthopädie für Kinder und
Jugendliche gem. § 153a ASVG**

Eingangsstempel des Versicherungsträgers

- Kieferorthopädische Beratung
- IOTN-Feststellung
- Interzeptive Behandlung
- KFO-Hauptbehandlung
- Zusätzliche Reparatur
- Abbruch bzw. Ausgliederung

Auszufüllen durch die Versicherte bzw. den Versicherten

Zuständiger Krankenversicherungsträger:

Patient/in: Nachname/n, Vorname/n		Versicherungsnummer(n)	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich			
Versicherte/r: Nachname/n, Vorname/n – nur auszufüllen wenn Patient/in ein Angehöriger/eine Angehörige ist			
Anschrift:			
Tel.-Nr.:		E-Mailadresse:	
Bankverbindung:			
IBAN:		BIC:	
Kontoinhaber/in			

Falls Sie eine Bestätigung für das Finanzamt und/oder für eine Privatversicherung benötigen, ersuchen wir Sie, dies bekannt zu geben.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
---	--

Bitte Honorarnote (Rechnung) mit **Zahlungsnachweis** (Saldierungsvermerk auf Rechnung, Zahlungsabschnitt bei Überweisung, ...) **beilegen**.

Zur Information:

Die Kostenerstattung erfolgt in der Höhe von 80 % jenes Betrages, den die Kasse bei Inanspruchnahme eines/einer Vertragszahnarztes/Vertragszahnärztin bzw. eines/einer Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädin für dieselbe Leistung aufwenden hätte müssen (nicht 80 % der Rechnungssumme!). Diese Kostenerstattung darf das tatsächlich von Ihnen entrichtete Honorar jedoch nicht übersteigen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Wahlzahnärzte/-innen bzw. Wahlkieferorthopäden/-innen nicht an die Tarife unserer Vertragspartner gebunden sind.

Die/der Versicherte ist verpflichtet, die Vorlage der Anfangs- und Endmodelle durch den/die Behandler/-in zu veranlassen bzw. sich auf Aufforderung einer Nachbegutachtung bei der Kasse zu unterziehen.

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der/die Zahnarzt/-in bzw. der/die Kieferorthopäde/-in für die zur Kostenerstattung eingebrachte kieferorthopädische Behandlung als VertragszahnärztIn oder Vertragskieferorthopäde/-in tätig ist.

Eine Kostenerstattung wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss oder eine Sachleistung (Kostenerstattung) von einem Krankenversicherungsträger erbracht wurde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Rechnungsbetrag zur Gänze bezahlt habe.

Ort:
Datum:
Unterschrift der/des Versicherten

Auszufüllen durch Wahlzahnärztin/-zahnarzt bzw Wahlkieferorthopädin/-kieferorthopäden! Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

IOTN – Grad und Merkmal (Zwingend anzugeben bei IOTN-Feststellung, interzeptiver Behandlung und KFO-Hauptbehandlung)

Nr: _____	Merkmal:
Befunddatum:	

Kostenerstattung für eine interzeptive kieferorthopädische Behandlung

1. Antrag interzeptive kieferorthopädische Behandlung

<p>Indikation/en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien <input type="checkbox"/> skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne <input type="checkbox"/> seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne <input type="checkbox"/> ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss <input type="checkbox"/> frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss) <input type="checkbox"/> bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig) <input type="checkbox"/> progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe <input type="checkbox"/> Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen <input type="checkbox"/> Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm <input type="checkbox"/> Platzmangel in Stützzone > 4 mm. <input type="checkbox"/> unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren <input type="checkbox"/> Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt. <input type="checkbox"/> verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (zB nach einer Collum-Fraktur) 	<p>Erfolgsannahme:</p>
--	------------------------

Befunderhebung	Behandlungsbeginn
Datum:	Datum:

Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:

- Panoramaröntgen laterales Fernröntgen Fotos intra-/extraoral Anfangsmodell DigitalesAnfangsmodell sonstige Nachweise

2. Abschluss der interzeptiven kieferorthopädische Behandlung

Befunderhebung	Behandlungsende
Datum:	Datum:

Optional - Ergänzende medizinische Nachweise
--

Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:

- Endmodell Digitales Endmodell sonstige Nachweise

Zusätzliche Reparatur bei interzeptiver Behandlung

Angaben zum Grund für eine weitere Reparatur:

Hinweis:

Mit der Kostenerstattung für die interzeptive Behandlung ist auch eine Reparatur zur Beseitigung von Beschädigungen des kieferorthopädischen Apparates abgegolten.

Auszufüllen durch Wahlkieferorthopädin/-kieferorthopäden! Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Kieferorthopädische Hauptbehandlung

1. Antrag Kieferorthopädische Hauptbehandlung

Therapievorschlag bzw. Art der Behandlung - Angabe zu chirurgischen Maßnahmen und therapeutisch notwendiger Extraktionen mit der jeweiligen Zahnnummer

Angaben zu verwendeten Apparaturen, die von der Leistung nach dem Gesamtvertrag Kieferorthopädie (verlautbart unter https://www.avsv.at/avi/dokument/binaerdokument_download.pdf?dokid=2015%3D23&dokStat=0&contTyp=application%2Fpdf) abweichen:

Ästhetische Brackets/Lingualbrackets Aligner Sonstiges: _____
Begründung für die Verwendung dieser Apparaten (z. B. Allergien mit Nachweis):

Begründung für die Verwendung von Apparaten, die von der vertraglichen Leistung abweichen (z. B. Allergien mit Nachweis):

Befunderhebung

Datum:

Behandlungsbeginn

Datum:

Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:

Panoramaröntgen laterales Fernröntgen Fotos intra-/extraoral Anfangsmodell Digitales Anfangsmodell sonstige Nachweise

2. Abschluss kieferorthopädische Hauptbehandlung

Befunderhebung

Datum:

Behandlungsende

Datum:

Verbesserung durch die Behandlung: _____ % nach dem PAR-Index

Optional - Ergänzende medizinische Angaben

Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:

Endmodell Digitales Endmodell sonstige Nachweise

Zusätzliche Reparatur bei kieferorthopädischer Hauptbehandlung

Angaben zum Grund für eine weitere Reparatur:

Hinweis:

Mit der Kostenerstattung für die kieferorthopädische Hauptbehandlung sind auch zwei Reparaturen zur Beseitigung von Beschädigungen des kieferorthopädischen Apparates abgegolten.

Zusätzliche Angaben bei Abbruch oder Ausgliederung

Voraussetzungen für eine Kostenerstattung für IOTN-Feststellung und KFO-Hauptbehandlung:

Name des/der Wahlkieferorthopäden/-in

Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen erfülle, welche der Kasse gegenüber nachzuweisen sind bzw. bereits nachgewiesen wurden.

Name der Wahlärztin bzw. des Wahlarztes

Datum

Unterschrift und Arztstempel