

## Ergänzende Angaben zur kieferorthopädischen Behandlung zum Heil- und Kostenplan

Aktenzeichen	Praxisstempel des Zahnarztes
Name und Vorname des Patienten	
Anschrift	
Geburtsdatum	

1.	<p>In welcher Wechselgebissphase befindet sich der Patient?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels  Weiter bei Punkt 2 und 5         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels  Weiter bei Punkt 3,4 und 5         </div> </div>
2.	<p>Die kieferorthopädische Behandlung soll auf Grund folgender Indikation durchgeführt werden (§ 12 Abs. 2 SächsBhVO i. V. m. den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung (KFO-Richtlinien)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern (Behandlungsbedarfsgrad D5)</li> <li><input type="checkbox"/> Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern (Behandlungsbedarfsgrad O4)</li> <li><input type="checkbox"/> Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlusts,</li> <li><input type="checkbox"/> Frühbehandlung (Die Frühbehandlung soll innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen und nicht vor dem vierten Lebensjahr begonnen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt.)       <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern (Behandlungsbedarfsgrad D5)</li> <li><input type="checkbox"/> eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen (Einschleifen) nicht zu korrigieren ist (Behandlungsbedarfsgrad K3 oder K4)</li> <li><input type="checkbox"/> einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung (Behandlungsbedarfsgrad B4)</li> <li><input type="checkbox"/> eines progenen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei medial sagittaler Stufe von mehr als 0 Millimetern (Behandlungsbedarfsgrad M4 oder M5)</li> <li><input type="checkbox"/> bei Platzmangel zum Schaffen oder Vergrößern von Lücken bei Platzmangel von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern (Behandlungsbedarfsgrad P3)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> frühe Behandlung       <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderen kraniofazialen Anomalien</li> <li><input type="checkbox"/> eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern (Behandlungsbedarfsgrad O5)</li> <li><input type="checkbox"/> einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe (Behandlungsbedarfsgrad M4 oder M5)</li> <li><input type="checkbox"/> verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen</li> </ul> </li> </ul>
3.	<p>Liegt der kieferorthopädische Behandlungsbeginn nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels und vor dem 18. Lebensjahr vor?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> Ja         <input type="checkbox"/> Nein       </div>

4.	<p>Handelt es sich um eine schwere Kieferanomalie, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung notwendig macht?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></p> <p>Wenn „Ja“ bitte Indikation sowie die Indikationsgruppe gemäß Buchstabe B Nummer 4 der KFO Richtlinien benennen</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
5.	<p>Wie lange ist die kieferorthopädische Behandlung geplant? (Bitte Anzahl der Quartale eintragen!)</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungsquartale</p> <p><input type="checkbox"/> Abrechnungsquartale</p>
<p>Ort, Datum <span style="float: right;">Unterschrift / Stempel Behandler</span></p>	

Nur vom Beihilfeberechtigten auszufüllen:

	<p>Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis bei dem eine Person einen Schaden erleidet)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></p> <p>Unfalldatum:</p> <p><input type="checkbox"/> Schul/Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall</p> <p>Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine usw.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen /Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nein</span></p>
<p>Den nachfolgenden Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.</p> <p><b>Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</b></p> <p>Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <a href="http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html">http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html</a> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: <a href="mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de">Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de</a>.</p>	
<p>Ort, Datum <span style="float: right;">Unterschrift des Beihilfeberechtigten</span></p>	