

Vor- und Nachname der beihilfeberechtigten Person

Anschrift

Tel. _____

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Postfach 54 06
97004 Würzburg

Az. (Org.-Nr. / Personalnummer)

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

Name und Vorname des Patienten	Praxisstempel des Zahnarztes
Anschrift	
Geburtsdatum	

1.	In welcher Wechselgebissphase befindet sich der Patient? <input type="checkbox"/> Vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels <input type="checkbox"/> nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels
2.	Liegt der kieferorthopädische Behandlungsbeginn nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels und vor dem 18. Lebensjahr vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.	Handelt es sich um eine schwere Kieferanomalie, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung notwendig macht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn „Ja“ bitte Indikation sowie die Indikationsgruppe gemäß Buchstabe B Nummer 4 der KFO Richtlinien benennen _____ _____
4.	Wie lange ist die kieferorthopädische Behandlung geplant? (Bitte Anzahl der Quartale eintragen!) <input type="checkbox"/> Behandlungsquartale <input type="checkbox"/> Abrechnungsquartale
5.	Wann beginnt die kieferorthopädische Behandlung? (Bitte Behandlungsquartal angeben!) _____
Ort, Datum	Unterschrift / Stempel Behandler

bitte Rückseite beachten

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 <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Unfalldatum:</p> <p><input type="checkbox"/> Schul/Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> Dienstatunfall <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) <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Den nachfolgenden Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.</p> <p>Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</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 http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (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: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten