

eFormular 4a: KFO-Behandlungsplan

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag <small>Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale</small> <input type="checkbox"/> KIG-Einstufung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung) <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Neuplanung <input type="checkbox"/> Kassenwechsel																																		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																													
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																													
Anamnese <hr/>																																															
Diagnose OK <hr/>																																															
UK <hr/>																																															
Bisslage <hr/>																																															
Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/> Erwachsenenbehandlung <input type="checkbox"/>																																															
OK <hr/>																																															
UK <hr/>																																															
Bisslage <hr/>																																															
Verwend. Geräte <hr/>																																															
Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>A 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>A 928</th><th>A 934 a</th><th>b</th><th>A 935 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>5</th><th>7 a</th><th>12</th><th>116</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td> </tr> </tbody> </table>		A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116	117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c																	
A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116																																	
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>III-Z</th><th>Summe</th><th>Schlüssel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel	OK 119									UK 119									120									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sonstige Leistungen:</th><th>Geb.-Nr.</th><th>Anz.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>	Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Anz.						
	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel																																							
OK 119																																															
UK 119																																															
120																																															
Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Anz.																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Antragsnummer Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan Verarbeitungskennzeichen Kassenwechsel voriges IK Abschlagsnummer Akt.-Z. PVS Behandlerwechsel ab Quartal </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table>		Antragsnummer Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan Verarbeitungskennzeichen Kassenwechsel voriges IK Abschlagsnummer Akt.-Z. PVS Behandlerwechsel ab Quartal	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale Geschätzte Material u. Laborkosten EUR voraussichtl. Gesamtkosten EUR																																										
Antragsnummer Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan Verarbeitungskennzeichen Kassenwechsel voriges IK Abschlagsnummer Akt.-Z. PVS Behandlerwechsel ab Quartal	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>																																													
Entscheidung der Krankenkasse <small>Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:</small> % <input type="text"/> Anspruch besteht ab Quartal <input type="text"/>																																															