

ANTRAG AUF BEWILLIGUNG einer kieferorthopädischen Behandlung für die KOSTENERSTATTUNG (Bezuschussung)

(gemäß §§ 69 und 69a iVm. 59 B-KUVG ab 1.7.2015)



- Interzeptive Behandlung (Kinder bis 10 Jahre)
- KFO-Hauptbehandlung (Jugendliche)
- Zusätzliche Reparatur

- Abnehmbare oder festsitzende kieferorth. Behandlung

Auszufüllen durch die Kundin bzw. den Kunden

Patient/in: Nachname, Vorname		Versicherungsnummer(n)	
Versicherte/r: Nachname, Vorname – nur auszufüllen wenn Patient/in ein Angehöriger/eine Angehörige ist			
Anschrift:			
Tel.-Nr.:		E-Mailadresse:	

Zur Information:

Kieferorthopädische Behandlungen sind grundsätzlich vor Behandlungsbeginn zu bewilligen!

Interzeptive Behandlung (Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 10. Lebensjahr), KFO-Hauptbehandlung (Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) können bei schweren Fehlstellungsgraden der Kategorien IOTN 4-5 (Index of Orthodontic Treatment) in Anspruch genommen werden. Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme einer kieferorthopädischen Hauptbehandlung nur bei Behandlung durch Kieferorthopäden vorgesehen ist und der Kieferorthopäde die qualitativen Voraussetzungen der Vertragspartner nachweislich erfüllen muss.

Liegen die genannten Voraussetzungen (Alter und/oder Fehlstellungsgrad) nicht vor, ist die medizinische Notwendigkeit einer abnehmbaren oder festsitzenden Versorgung im Einzelfall zu prüfen.

Das dem Antragsformular beiliegende Merkblatt für die Kostenerstattung wurde zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift Antragsteller(in): _____

Hinweis: Der allgemeine Teil auf Seite 2 ist zwingend vom Behandler auszufüllen.

Allgemeiner Teil

IOTN – Grad (zwingend für jede kieferorthopädische Behandlung anzugeben!)

Nr: _____	Bezeichnung der Fehlbildung:
-----------	------------------------------

Lokalisation der Fehlbildung nach IOTN

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Anfangsmodelle sind für die Bewilligung, Endmodelle für die Kostenerstattung nach Behandlungsabschluss jedenfalls erforderlich!

Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:

- Panoramaröntgen laterales Fernröntgen Fotos intra-/extraoral Modell Digitales Modell (CD oder DVD) sonstige

Interzeptive 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>Therapievorschlag - Art der Behandlung</p> <hr/> <p>vorgesehene Apparate:</p> <p>OK: _____</p> <p>UK: _____</p> <p>Erfolgsannahme (allenfalls über die Indikation hinausgehende Behandlungsziele) und geplante Dauer:</p>
--	--

<p>Befunderhebung</p> <p>Datum: _____</p>	<p>Geplanter Behandlungsbeginn (Einsetzen des Gerätes)</p> <p>Datum: _____</p>
--	---

<p>Bewilligungsvermerk der BVA:</p> <p>IOTN-Grad:</p> <p><input type="checkbox"/> bewilligt bis zu einem Betrag von:</p> <p><input type="checkbox"/> abgelehnt</p>

Zusätzliche Reparatur bei interzeptiver Behandlung

Erste Reparatur am: _____	Begründung: _____
Zweite Reparatur am: _____	Begründung: _____

<p>Bewilligungsvermerk der BVA:</p> <p><input type="checkbox"/> bewilligt bis zu einem Betrag von:</p> <p><input type="checkbox"/> abgelehnt</p>

Auszufüllen durch Wahlkieferorthopädin/-kieferorthopäden! Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Kieferorthopädische Hauptbehandlung

Therapievorschlag - Art der Behandlung und Angabe zu chirurgischen Maßnahmen und therapeutisch notwendiger Extraktionen mit der jeweiligen Zahnnummer	
Befunderhebung Datum:	Geplanter Behandlungsbeginn (Einsetzen des Gerätes) Datum:

Voraussetzungen für die Bewilligung einer KFO-Hauptbehandlung:

Name der Wahlpartnerin/ des Wahlpartners:	
---	--

Ich erkläre, dass ich folgende Voraussetzungen erfülle, welche der Kasse gegenüber nachzuweisen sind:

- Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
- dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
- Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder
- entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z. B. Master of Science) oder
- Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
- Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
- gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland

- und 20 Multibracket-Behandlungsfälle, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70% nach dem Peer Assessment Rating Index (PAR-Index), bezogen auf all diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

Wir weisen darauf hin, dass unrichtige Angaben zu einem haftungsrechtlichen Anspruch des Patienten führen können.

Bewilligungsvermerk der BVA (gilt nur für den im Antrag genannten Kieferorthopäden): IOTN-Grad: <input type="checkbox"/> tarifmäßig bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt
--

Zusätzliche Reparatur bei kieferorthopädischer Hauptbehandlung

Erste Reparatur am:	Begründung:
Zweite Reparatur am:	Begründung:
Dritte Reparatur am:	Begründung:

Bewilligungsvermerk der BVA: <input type="checkbox"/> bewilligt bis zu einem Betrag von: <input type="checkbox"/> abgelehnt
--

abnehmbare oder festsitzende kieferorthopädische Behandlung (sofern nicht IOTN 4-5 vor Vollendung des 18. Lebensjahres gegeben ist!)

Indikation/en: <input type="checkbox"/> Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen <input type="checkbox"/> Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer <input type="checkbox"/> Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer <input type="checkbox"/> totale Nonokklusion <input type="checkbox"/> extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss <input type="checkbox"/> extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet <input type="checkbox"/> frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren <input type="checkbox"/> Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss <input type="checkbox"/> extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss <input type="checkbox"/> Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den/die zu Behandelnden/Behandelnde den vorgenannten Anomalien entsprechen <input type="checkbox"/> Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Psychotherapie)	Therapievorschlag - Art der Behandlung	
	vorgesehene Apparate:	
	OK: _____	UK: _____
	Erfolgsannahme (allenfalls über die Indikation hinausgehende Behandlungsziele) und geplante Dauer:	

Befunderhebung	Geplanter Behandlungsbeginn (Einsetzen des Gerätes)
Datum: _____	Datum: _____

Bewilligungsvermerk der BVA: IOTN-Grad: <input type="checkbox"/> bewilligt bis zu einem Betrag von: <input type="checkbox"/> abgelehnt
--

Datum, Unterschrift und Wahlpartnerstempel: _____

Merkblatt Kostenerstattung/Bezuschussung Kieferorthopädie

WahlzahnärztInnen bzw. WahlkieferorthopädInnen können ihre Honorare frei bestimmen und sind dabei an keinerlei Tarife gebunden.

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

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn die/der Anspruchsberechtigte für eine vertragliche kieferorthopädische Behandlung eine Vertragszahnärztin/einen Vertragszahnarzt, eine Vertragseinrichtung oder eine Vertragskieferorthopädin/einen Vertragskieferorthopäden in Anspruch genommen hat.

Die Erstattung der Kosten einer kieferorthopädischen Hauptbehandlung bzw. die Zuschussung der Kosten einer feststehenden Versorgung bei IOTN-Grad 3 erfolgen zu nachstehenden Zeitpunkten (unter Anrechnung bereits geleisteter Beträge):

- höchstens 45% nach Einbringen des Gerätes in den Mund (Behandlungsbeginn),
- höchstens 70% nach vollendetem ersten Behandlungsjahr,
- höchstens der Rest des Behandlungspauschales nach Behandlungsende.

Eine davon abweichende Teilerstattung ist nicht möglich. Wir ersuchen, allfällige Zwischenrechnungen zu sammeln und zu den genannten Zeitpunkten einzureichen.

Der Pauschaltarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung unterliegt einer jährlichen Schwankung (zwischen EUR 3.500,- und 4.900,-). Die Höhe der Kostenerstattung richtet sich nach dem jeweils aktuellen Tarif zu den angeführten Zeitpunkten (Behandlungsbeginn, Ende erstes Behandlungsjahr und Behandlungsende)!

Bitte verwenden Sie für den Antrag auf Kostenerstattung (Bezuschussung) das auf unserer Homepage verfügbare allgemeine Formular für die Kostenerstattung.