



**ANTRAG AUF BEWILLIGUNG ODER  
AUSZAHLUNG DER KOSTENERSTATTUNG  
für Kieferorthopädie-Leistungen  
für Kinder und Jugendliche gem. § 153a ASVG  
(§ 94a GSVG, § 95a BSVG, § 69a B-KUVG)**

- Kieferorthopädische Beratung
- IOTN-Feststellung (Ausmaß der Behandlungsnotwendigkeit)
- Interzeptive Behandlung
- Kieferorthopädische Hauptbehandlung
- Zusätzliche Reparatur
- Abbruch bzw. Ausgliederung

<i>Eingangsstempel des Versicherungsträgers</i>
<i>Bewilligungsvermerke</i>

**Auszufüllen durch die Versicherte bzw. den Versicherten**

Zuständiger Krankenversicherungsträger: .....

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

**Information und Antrag:**

**Vor Behandlungsbeginn ist eine Bewilligung für eine geplante „Interzeptive Behandlung“ oder „Zusätzliche Reparatur“ unbedingt notwendig. Für eine „Kieferorthopädische Hauptbehandlung“ durch WahlkieferorthopädInnen wird ein Antrag auf Bewilligung vor Behandlungsbeginn dringend empfohlen. Übermitteln Sie Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger Ihren Antrag rechtzeitig vor Behandlungsbeginn!**

Die Kostenerstattung erfolgt entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen. Näheres erfahren Sie bei Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass WahlzahnärztInnen bzw. WahlkieferorthopädInnen ihre Honorare frei gestalten können und dabei an keinerlei Tarife gebunden sind. KieferorthopädInnen haben ihre Honorare im Internet zu veröffentlichen.

Die/Der Versicherte ist verpflichtet, die Vorlage von Nachweisen (Röntgen, Fotos, Anfangs- und Endmodelle, sonstige erforderliche Nachweise) durch die Behandlerin bzw. den Behandler sicher zu stellen bzw. sich auf Aufforderung einer Nachbegutachtung bei der Kasse zu unterziehen.

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

Ein Antrag auf Kostenerstattung für Teilzahlung ist nur bis 42 Monate nach Leistungsdatum möglich.

Ich beantrage,

- die Bewilligung der oben angekreuzten Leistung vor Behandlungsbeginn.
- die Auszahlung der Kostenerstattung für beiliegende Honorarnote auf nachstehendes Konto:

Bankverbindung:		
IBAN:	BIC:	Kontoinhaber/in

Ich benötige eine Bestätigung für das Finanzamt und/oder für eine Privatversicherung.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
---	--

**Bei Antrag auf Kostenerstattung bitte Honorarnote (Rechnung) mit Zahlungsnachweis (Saldierungsvermerk auf Rechnung, Zahlungsabschnitt bei Überweisung,.....) beilegen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben bzw. die vollständige Bezahlung des Rechnungsbetrages.

-----

Ort:	Datum:	Unterschrift der/des Versicherten
------	--------	-----------------------------------

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

**IOTN – Grad** (zwingend anzugeben bei IOTN-Feststellung, interzeptiver Behandlung und KFO-Hauptbehandlung)

Grad: _____	Bezeichnung der Fehlbildung:
----------------	------------------------------

**Lokalisation der Fehlbildung nach IOTN** (zwingend anzugeben bei IOTN-Feststellung, interzeptiver Behandlung und KFO-Hauptbehandlung)

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

**Interzeptive kieferorthopädische Behandlung**

**1. Antrag interzeptive kieferorthopädische Behandlung**

Indikation/en: <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)	Therapievorschlagn bzw. Art der Behandlung  vorgesehene Apparate: OK: _____ UK: _____ Erfolgsannahme (allenfalls über die Indikation hinausgehende Behandlungsziele) und geplante Dauer:
---	---

<b>Befunderhebung</b> Datum:	<b>Behandlungsbeginn</b> Datum:	<b>Voraussichtliches Behandlungsende:</b> Datum:
---------------------------------	------------------------------------	---

**Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:**

- Panoramaröntgenbilder  laterale Fernröntgenbilder  Fotos intra-/extraoral  Anfangsmodelle  digitale Anfangsmodelle  
 sonstige Nachweise

**2. Abschluss der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung**

<b>Befunderhebung</b> Datum:	<b>Behandlungsende:</b> Datum:
---------------------------------	-----------------------------------

Angaben zum Eintritt, der in der Behandlungsplanung getroffenen Erfolgsannahmen:

**Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:**

- Endmodelle  digitale Endmodelle  ..sonstige Nachweise

**Zusätzliche Reparatur bei interzeptiver Behandlung**

Angaben zur Anzahl und 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		Erfolgsannahme und geplante Dauer:
Angaben zu verwendeten Apparaturen, die von der Leistung nach dem Gesamtvertrag Kieferorthopädie (verlautbart unter <a href="https://www.avsv.at/avi/dokument/binaerdokument_download.pdf?dokid=2015%3D23&amp;dokStat=0&amp;contTyp=application%2Fpdf">https://www.avsv.at/avi/dokument/binaerdokument_download.pdf?dokid=2015%3D23&amp;dokStat=0&amp;contTyp=application%2Fpdf</a> ) abweichen:		
<input type="checkbox"/> Ästhetische Brackets/Lingualbrackets <input type="checkbox"/> Aligner <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Begründung für die Verwendung dieser Apparaten (z. B. Allergien mit Nachweis):		
<b>Befunderhebung</b> Datum:	<b>Behandlungsbeginn</b> Datum:	<b>Voraussichtliches Behandlungsende:</b> Datum:

**Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:**

- Panoramaröntgenbilder  laterale Fernröntgenbilder  Fotos intra-/extraoral  Anfangsmodelle  digitale Anfangsmodelle  
 sonstige Nachweise

**2. Abschluss Kieferorthopädische Hauptbehandlung**

<b>Befunderhebung</b> Datum:	<b>Behandlungsende:</b> Datum:
<b>Verbesserung durch die Behandlung:</b> _____	% nach dem PAR-Index
Notwendige medizinische Angaben:	

**Folgende Nachweise (Unterlagen) werden übermittelt:**

- Endmodelle  digitale Endmodelle  sonstige Nachweise

**Zusätzliche Reparatur bei kieferorthopädischer Hauptbehandlung**

Angaben zur Anzahl und 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.

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

Name der Wahlkieferorthopädin/ des Wahlkieferorthopäden:	
---	--

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

- Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder  
 dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich Kieferorthopädie (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 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.
- Voraussetzungen bereits nachgewiesen

Unterschrift und WahlkieferorthopädInnenstempel: \_\_\_\_\_

Name der Wahlärztin bzw. des Wahlarztes	
Datum	Unterschrift und Arztstempel