



**ANTRAG AUF  
KOSTENERSTATTUNG zur Vorlage  
bei der OÖGKK auf  
Kieferorthopädie für Kinder und  
Jugendliche gem. § 153a ASVG**

- Kieferorthopädische Beratung
- IOTN-Feststellung
- Interzeptive Behandlung
- KFO-Hauptbehandlung
- Zusätzliche Reparatur
- Abbruch bzw. Ausgliederung

*Eingangsstempel des Versicherungsträgers*

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

Zuständiger Krankenversicherungsträger: .....

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

Falls Sie eine Bestätigung für das Finanzamt und/oder für eine Privatversicherung benötigen, ersuchen wir Sie, dies bekannt zu geben.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
---	--

**Bitte Honorarnote** (Rechnung) mit **Zahlungsnachweis** (Saldierungsvermerk auf Rechnung, Zahlungsabschnitt bei Überweisung, ...) **beilegen**.

**Zur Information:**

Die Kostenerstattung erfolgt in der Höhe von 80 % jenes Betrages, den die Kasse bei Inanspruchnahme eines/einer Vertragszahnarztes/Vertragszahnärztin bzw. eines/einer Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädin für dieselbe Leistung aufwenden hätte müssen (nicht 80 % der Rechnungssumme!). Diese Kostenerstattung darf das tatsächlich von Ihnen entrichtete Honorar jedoch nicht übersteigen.

Bitte beachten Sie zudem die Voraussetzungen zur Kostenerstattung für kieferorthopädische Leistungen auf unser Homepage: [www.oegkk.at](http://www.oegkk.at)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Wahlzahnärzte/-innen bzw. Wahlkieferorthopäden/-innen nicht an die Tarife unserer Vertragspartner gebunden sind.

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

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der/die Zahnarzt/-in bzw. der/die Kieferorthopäde/-in für die zur Kostenerstattung eingebrachte kieferorthopädische Behandlung als VertragszahnärztIn oder Vertragskieferorthopäde/-in tätig ist.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Rechnungsbetrag zur Gänze bezahlt habe.

-----

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



**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

Angaben zu verwendeten Apparaturen, die von der Leistung nach dem Gesamtvertrag Kieferorthopädie (verlautbart unter [https://www.avsv.at/avi/dokument/binaerdokument\\_download.pdf?dokid=2015%3D23&dokStat=0&contTyp=application%2Fpdf](https://www.avsv.at/avi/dokument/binaerdokument_download.pdf?dokid=2015%3D23&dokStat=0&contTyp=application%2Fpdf)) abweichen:

Ästhetische Brackets/Lingualbrackets  Aligner  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
Begründung für die Verwendung dieser Apparaten (z. B. Allergien mit Nachweis):

Begründung für die Verwendung von Apparaten, die von der vertraglichen Leistung abweichen (z. B. Allergien mit Nachweis):

**Befunderhebung**

Datum:

**Behandlungsbeginn**

Datum:

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

Panoramaröntgen  laterales Fernröntgen  Fotos intra-/extraoral  Anfangsmodell  Digitales Anfangsmodell  sonstige Nachweise

**2. Abschluss kieferorthopädische Hauptbehandlung**

**Befunderhebung**

Datum:

**Behandlungsende**

Datum:

Verbesserung durch die Behandlung: \_\_\_\_\_ % nach dem PAR-Index

Optional - Ergänzende medizinische Angaben

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

Endmodell  Digitales Endmodell  sonstige Nachweise

**Zusätzliche Reparatur bei kieferorthopädischer Hauptbehandlung**

Angaben 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.

**Zusätzliche Angaben bei Abbruch oder Ausgliederung**

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

Name des/der Wahlkieferorthopäden/-in

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

Name der Wahlärztin bzw. des Wahlarztes

Datum

Unterschrift und Arztstempel