

## Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung

Praxisstempel

Datum:

Betr.: Name des Mitgliedes \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Kfo-Behandlung des Patienten \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Mitteilung gem. § 16 Abs. 4 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 5 EKVZ

Die kieferorthopädische Behandlung des o. g. Patienten nimmt einen unplanmäßigen Verlauf, weil

- mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt
- die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde
- die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden
- die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde und  
Reparaturen zusätzlich notwendig sind
- eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist
- Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Zahnarztes