



Schulkreis BeLoSe
Dorfstr. 3
4512 Bellach

**Kieferorthopädie im Rahmen der Schulzahnpflege
Bestätigung**

Hiermit bestätigen wird, dass sich

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Name/Vorname Eltern:

.....

Strasse:

Ort:

in unserer Praxis einer kieferorthopädischen Behandlung unterzieht.

Diagnose:

Kostenvoranschlag:

Ist eine Invalidenversicherungsabklärung erfolgt? ja nein

IV-Bedingungen erfüllt ja nein

Bedingungen KVG erfüllt ja nein

Entspricht VKZS Empfehlung F: **Grad 3** -

Grad 4 -

(An Behandlungen Grad 1 und 2 werden keine Beiträge gemäss Reglement ausgerichtet.)

Bemerkungen:

.....

Ort / Datum:

Stempel der Praxis und Unterschrift der/
des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

.....