



Schulkreis BeLoSe  
Friedhofstrasse 2  
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:

.....