

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 07.06.2023

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- Vordruck 1** - Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
- Vordruck 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- Vordruck 3a** - Heil- und Kostenplan Teil 1
- Vordruck 3b** - Heil- und Kostenplan Teil 2
- Vordruck 3c** - Patienteninformation Regelversorgung
- Vordruck 3d** - Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung
- Vordruck 3e** - Direktabrechnung Zahnersatz
- Vordruck 4a** - KFO-Behandlungsplan
- Vordruck 4b** - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V
- Vordruck 4c** - Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung
- Vordruck 4d** - Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V
- Vordruck 5a** - Parodontalstatus Blatt 1
- Vordruck 5b** - Parodontalstatus Blatt 2
- Vordruck 5c** - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
- Vordruck 5d** - Antrag auf Verlängerung der UPT
- Vordruck 5e** - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
- Vordruck 6a** - Auftrag zur Begutachtung
- Vordruck 6b** - Ergebnis der Begutachtung (ZE, PAR, KG)
- Vordruck 6c** - Ergebnis Begutachtung (KFO)
- Vordruck 6d** - Abrechnung Begutachtung
- Vordruck 7** - Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)
- Vordruck 8** - Bonusheft
- Vordruck 9** - Zahnärztliche Heilmittelverordnung
- Vordruck 10** - Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
- Vordruck 11** - Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

- Vordruck e01** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 1** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 2** - Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Muster 4** - Verordnung einer Krankenförderung

Muster 16 - Arzneiverordnungsblatt

Muster 21 - Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Vordruck 1: Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche

Gültig ab 01.06.2023

Vorderseite

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> Notdienst- behandlung		<input type="checkbox"/> Unfall/ Unfallfolgen		Quartal	Lfd. Nr.
Name, Vorname des Versicherten		geb. am				202	
Erfassungsschein Kons./Chir.				Folgeschein Blatt Nr.			
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Erklärung des Versicherten	
Abrechnungs-Nr.				Zahnarzt-Nr.		Datum	
Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.				Unterschrift des Versicherten/Datum			
Datum				Datum			
T T M M				T T M M			
Zahn	Leistung	Bemerkungen	Zahn	Leistung	Bemerkungen		

Vordr. 1 (Z103 01/2023) schütz.ch (CH) Tel. 0811 527 03 44 www.schutz.ch

Gilt nur für akute Erkrankungen/Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft (b.w.)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulfällen

Rückseite

**Leistungsnachweis gem. §16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
Eingeschränkte Leistungsansprüche**

Krankenkasse

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

dieser Abrechnungsschein ist nur gültig für Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind.
Nur in diesen Fällen dürfen Verordnungen und Überweisungen ausgestellt werden.

Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre **Krankenkasse**

Originalgröße: DIN A5

Vordruck 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

Behandlungsplan für

Kiefergelenkserkrankung

Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Anschreibenfeld der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

SCHÜTZBUCK, Tel. 03111327441, www.schutzbu.de
Vordr.-Nr. Z 142 03.18

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.10.2020

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Vertragszahnarzt-Nr. Datum

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Lfd.-Nr.

Stempel des Zahnarztes

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonushaft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan		TP = Therapieplanung								R = Regelversorgung								B = Befund							
Art der Versorgung	TP																								
	R																								
	B																								
	B	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28								
	R	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38								
TP																									

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro Ct

Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit

Interimsversorgung

Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone

Versorgungsleiden

Immediatversorgung

Alter ca.

Jahre

NEM

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

Erläuterungen Befund (Kombinationen sind zulässig)

- a = Adhäsionsbrücke (Anker)
- ab = Adhäsionsbrücke (Brückenglied)
- aw = erneuerungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Anker)
- abw = erneuerungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Brückenglied)
- b = Brückenglied
- e = ersetzter Zahn
- ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
- f = fehlender Zahn
- i = Implantat mit nat. Suprakonstruktion
- ix = zu entfernendes Implantat
- k = klassisch inaktive Krone
- kw = erneuerungsbedürftige Krone
- pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
- r = Wurzelstützkappe
- rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstützkappe
- sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
- t = Teleskop
- tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
- ur = unzureichende Retention
- ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- y = Lückenschluss

Behandlungsplanung:

- A = Adhäsionsbrücke (Anker)
- ABV = Adhäsionsbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verbindung)
- ABM = Adhäsionsbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverleibend)
- B = Brückenglied
- E = zu ersetzender Zahn
- H = gegossene Halb- und Stützrichtung
- K = Krone
- M = Vollkeramische oder keramisch voll verlebende Restauration
- O = Geschloß, Stieg etc.
- PK = Teilkrone
- R = Wurzelstützkappe
- S = implantatgetragene Suprakonstruktion
- T = Teleskopkrone
- V = vestibuläre Verbindung

III. Kostenplanung

1 Fortsetzung		Anz.	1 Fortsetzung		Anz.
1 BEMA-Nr.					
2 Zahnärztliches Honorar BEMA: (geschätzt)					
3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)					
4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)					
5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)					
Euro Ct					

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)

		Euro	Ct
1	ZA-Honorar (BEMA siehe III)		
2	ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA		
3	ZA-Honorar GOZ		
4	Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.		
5	Mat.- und Lab.-Kosten Praxis		
6	Versandkosten Praxis		
7	Gesamtsumme		
8	Festzuschuss Kasse		
9	Versichertenanteil		

Gutachterlich befürwortet
 ja nein teilweise

Eingliederungsdatum: _____

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: _____

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift des Gutachters

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Muster

Vordr. 3a (23/1/16, 10.2020), SKÜTZ/BUZ/UC/UC, 16.03.2017, 17.01.2018, www.wachschmid.co

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Anschrift des Versicherten

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 01.10.2020

Heil- und Kostenplan Teil 2

Name des Patienten

Zahnarztpraxis

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom _____

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
Muster				

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): EUR _____

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile III/1 und 2 HKP): EUR _____

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR _____

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR _____

abzüglich Festzuschüsse: EUR _____

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR _____

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

Datum / Unterschrift des Zahnarztes

Datum / Unterschrift des Versicherten

Informationen über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in der Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% EUR _____

abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse EUR _____

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR _____ zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.

Vordr. 3b (Z212/1 - 10.2020) schütz./BUCK; Tel. 06911 32 72 44; www.schuetzdruck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 1

Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung von Behandlung und Kosten / Behandlung in Form der Regelversorgung

I. Versicherter

Name, Vorname _____
 Versichertennummer _____
 Geburtsdatum _____
 Name der Krankenkasse _____
 Antragsnummer _____

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)*

TP																	
R																	
B																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B																	
R																	
TP																	

III. Voraussichtliche Kosten

Für eine Behandlung in Form der Regelversorgung

Zahnärztliches Honorar BEMA: _____ (EUR)
 Material und Laborkosten (geschätzt): _____ (EUR)
 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): _____ (EUR)
 Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages:
 (___ % Festzuschuss) _____ (EUR)
 Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: _____ (EUR)

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

 (Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

Muster

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

*Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln

Befund:

a	-	Adhäsivbrücke (Anker)	sew	-	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	-	Implantatgetragene Intakte Krone
abw	-	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	skw	-	erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Krone
aw	-	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	so	-	Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
b	-	Brückenglied	sow	-	erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
bw	-	erneuerungsbedürftiges Brückenglied	st	-	Implantatgetragene Teleskopkrone
e	-	ersetzter Zahn	stw	-	erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Teleskopkrone
ew	-	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t	-	Teleskopkrone
f	-	fehlender Zahn	t2w	-	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
ix	-	zu entfernendes Implantat	tw	-	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
k	-	klinisch Intakte Krone	ur	-	unzureichende Retention
kw	-	erneuerungsbedürftige Krone	ww	-	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pw	-	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	x	-	nicht erhaltungswürdiger Zahn
pkw	-	erneuerungsbedürftige Teilkrone	X	-	Lückenschluss
r	-	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn			
nw	-	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn			
sb	-	Implantatgetragenes Brückenglied			
sbw	-	erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Brückenglied			
se	-	ersetzter Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese			

Behandlungsplanung:

A	-	Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	-	Implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
ABM	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	-	zu ersetzender Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)	SK	-	Implantatgetragene Krone
B	-	Brückenglied	SKM	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BM	-	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKMO	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschlebe
BV	-	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung	SKO	-	Implantatgetragene Krone mit Geschlebe
E	-	zu ersetzender Zahn	SKV	-	Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
H	-	gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	-	Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschlebe
K	-	Krone	SO	-	Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	-	Krone mit Halteelement	ST	-	Implantatgetragene Teleskopkrone
KM	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	-	Implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KMO	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschlebe	T	-	Teleskopkrone
KO	-	Krone mit Geschlebe	TM	-	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	-	Krone mit vestibulärer Verblendung	T2	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVH	-	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement	T2M	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KVO	-	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschlebe	T2V	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
PK	-	Teilkrone	TV	-	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
PKM	-	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet			
PKV	-	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung			
R	-	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn			
SB	-	Implantatgetragenes Brückenglied			
SBM	-	Implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied			

Muster

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 1

Informationen zu Ihrem Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten Regelversorgung

(Auszug aus Stempeldaten: Name Zahnarzt, Name Praxis, Adresse Praxis)
 (Kontaktdaten: z. B. Tel.-Nr., E-Mail)

I. Versicherte / Versicherter

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede
 Vorname Nachname Versicherte/r
 Straße Hausnummer
 PLZ Ort

Geburtsdatum

Versichertennummer

Name der Krankenkasse

Antragsnummer

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)

TP								
R								
B								
	18	17	16	15	14	13	12	11
	48	47	46	45	44	43	42	41
B								
R								
TP								

									TP
									R
									B
21	22	23	24	25	26	27	28		
31	32	33	34	35	36	37	38		
									B
									R
									TP

III. Bemerkungen

Kennzeichen, s. Anhang: _____
 Zusätzliche Erläuterungen: _____

Muster

IV. Voraussichtliche Kosten für eine Behandlung in Form der Regelversorgung

Zahnärztliches Honorar BEMA: _____ (EUR)

Material und Laborkosten (geschätzt): _____ (EUR)

Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): _____ (EUR)

Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages:
 (___ % Festzuschuss) _____ (EUR)

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: _____ (EUR)

 Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

V. Erklärung der/des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.

 Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Bitte bei Einverständnis diese Patienteninformation unterschrieben an die Praxis zurückgeben. Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch durch die Praxis.

Stand 03/2023

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 2

Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung

Bei Bestehen einer privaten Zusatzversicherung zum Zahnersatz sind der Versicherung zwecks Abklärung der Kostenbeteiligung neben Seite 1 auch diese Seite und der Anhang vorzulegen.

VI. Weitere Angaben

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen / Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden |
| <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK | <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK | <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK
Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM | |

VII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
Muster		

VIII. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite Anhang

Anhang: Erläuterungen

Befund:

a	= Adhäsivbrücke (Anker)	se	= ersetzter Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	= Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sew	= ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
abw	= erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	= implantatgetragene intakte Krone
aw	= erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	skw	= erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
b	= Brückenglied	so	= implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
bw	= erneuerungsbedürftiges Brückenglied	sow	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
e	= ersetzter Zahn	st	= implantatgetragene Teleskopkrone
ew	= ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	stw	= erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
f	= fehlender Zahn	t	= Teleskopkrone
ix	= zu entfernendes Implantat	t2w	= erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
k	= klinisch intakte Krone	tw	= erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
kw	= erneuerungsbedürftige Krone	ur	= unzureichende Retention
pw	= erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	ww	= erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pkw	= erneuerungsbedürftige Teilkronen	x	= nicht erhaltungswürdiger Zahn
r	= Wurzelstiftkappe mit ersetzttem Zahn	χ	= Lückenschluss
rw	= erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn		
sb	= implantatgetragenes Brückenglied		
sbw	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied		

Therapieplanung:

A	= Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	= implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
ABM	= Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	= zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	= Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)	SEO	= zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
B	= Brückenglied	SK	= implantatgetragene Krone
BM	= Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKM	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BV	= Brückenglied mit vestibulärer Verblendung	SKMO	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
E	= zu ersetzender Zahn	SKO	= implantatgetragene Krone mit Geschiebe
EO	= zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung	SKV	= implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
H	= gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	= implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
K	= Krone	SO	= implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	= Krone mit Halteelement	ST	= implantatgetragene Teleskopkrone
KM	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	= implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KMO	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe	T	= Teleskopkrone
KO	= Krone mit Geschiebe	TM	= Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	= Krone mit vestibulärer Verblendung	TV	= Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KVH	= Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement	T2	= Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVO	= Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe	T2M	= Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PK	= Teilkronen	T2V	= Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
PKM	= Teilkronen vollkeramisch oder keramisch vollverblendet		
PKV	= Teilkronen mit vestibulärer Verblendung		
R	= Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn		
SB	= implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	= implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied		

Kennzeichen Bemerkungen:

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet	10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
02	Zahnersatz verloren	11	Wiederherstellung/Bruch
03	Indikation BEMA 98e	12	Wiederherstellung/Sprung
	Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
04	Langzeitprovisorium	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
05	Topographische Lage	15	Erosionsgebiss
	Lückenschluss im Verblendbereich	16	Erweiterung Halteelement
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	17	Erweiterung Zahn/Zähne
09	Vollkeramische Restauration	18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freisituation
		19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
		20	Ausnahmeinindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
		21	Ausnahmeinindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

Muster

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 1

Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

I. Versicherter

Name, Vorname _____
 Versichertennummer _____
 Geburtsdatum _____
 Name der Krankenkasse _____
 Antragsnummer _____

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)*

TP																	
R																	
B																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B																	
R																	
TP																	

III. Voraussichtliche Kosten

Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
<p style="color: red; font-size: 1.2em; transform: rotate(-15deg);">Tabelle GOZ-Leistungen nach Bedarf verlängerbar</p>				

Zahnärztliches Honorar BEMA: _____ (EUR)
 Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt): _____ (EUR)
 Material und Laborkosten (geschätzt): _____ (EUR)
 Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): _____ (EUR)
 Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages
 (____ % Festzuschuss): _____ (EUR)
 Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: _____ (EUR)

Muster

1

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

(Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes)

IV. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu III.

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

V. Information über die Kosten der Regelversorgung:

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100%	EUR _____
Abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse	EUR _____
Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.	EUR _____

Muster

2

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 3

*Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln

Befund:

a	-	Adhäsivbrücke (Anker)	sew	-	ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	-	Implantatgetragene Intakte Krone
abw	-	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	skw	-	erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Krone
aw	-	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	so	-	Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanke, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
b	-	Brückenglied	sow	-	erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanke, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn
bw	-	erneuerungsbedürftiges Brückenglied	st	-	Implantatgetragene Teleskopkrone
e	-	ersetzt Zahn	stw	-	erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Teleskopkrone
ew	-	ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t	-	Teleskopkrone
f	-	fehlender Zahn	t2w	-	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
ix	-	zu entfernendes Implantat	tw	-	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
k	-	klinisch intakte Krone	ur	-	unzureichende Retention
kw	-	erneuerungsbedürftige Krone	ww	-	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pw	-	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	x	-	nicht erhaltungswürdiger Zahn
pkw	-	erneuerungsbedürftige Teilkkrone	X	-	Lückenschluss
r	-	Wurzelstiftkappe mit ersetzttem Zahn			
rw	-	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn			
sb	-	Implantatgetragenes Brückenglied			
sbw	-	erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Brückenglied			
se	-	ersetzt Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese			

Behandlungsplanung:

A	-	Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	-	Implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verbindung
ABM	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	-	zu ersetzender Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	-	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verbindung)	SK	-	Implantatgetragene Krone
B	-	Brückenglied	SKM	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BM	-	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKMO	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschlebe
BV	-	Brückenglied mit vestibulärer Verbindung	SKO	-	Implantatgetragene Krone mit Geschlebe
E	-	zu ersetzender Zahn	SKV	-	Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung
H	-	gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	-	Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschlebe
K	-	Krone	SO	-	Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanke, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	-	Krone mit Halteelement	ST	-	Implantatgetragene Teleskopkrone
KM	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	-	Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	-	Implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
KMO	-	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschlebe	T	-	Teleskopkrone
KO	-	Krone mit Geschlebe	TM	-	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	-	Krone mit vestibulärer Verbindung	T2	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVH	-	Krone mit vestibulärer Verbindung und Halteelement	T2M	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KVO	-	Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschlebe	T2V	-	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PK	-	Teilkkrone	TV	-	Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PKM	-	Teilkkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet			
PKV	-	Teilkkrone mit vestibulärer Verbindung			
R	-	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn			
SB	-	Implantatgetragenes Brückenglied			
SBM	-	Implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied			

Muster

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 2

Fortführung zu IV.		
Zahnärztliches Honorar BEMA:	_____	(EUR)
Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt):	_____	(EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt):	_____	(EUR)
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	_____	(EUR)
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages: (____ % Festzuschuss)	_____	(EUR)
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil der gewünschten Behandlung:	_____	(EUR)
<p>Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.</p>		
<p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes</p>		
V. Zum Vergleich: Das wären die Kosten bei Wahl der Regelversorgung		
<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss legt jährlich Festzuschüsse zum Zahnersatz fest. Ein Festzuschuss in Höhe von 100 % entspricht dabei den Kosten, die durchschnittlich für die Regelversorgung anfallen. Da Versicherte aber, von Härtefällen abgesehen, einen Eigenanteil übernehmen müssen, zahlt die Krankenkasse lediglich Festzuschüsse je nach Bonusheft in Höhe von 60, 70 oder 75 %.</p>		
Die Kosten für die Regelversorgung bei Ihrem Befund würden voraussichtlich betragen (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von 100 %):	_____	(EUR)
Die Krankenkasse zahlt voraussichtlich (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von ____ %):	_____	(EUR)
Damit läge Ihr Eigenanteil voraussichtlich bei (ohne möglicherweise zusätzlich anfallende Edelmetallkosten):	_____	(EUR)
VI. Erklärung der/des Versicherten:		
<p>Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die von der Regelversorgung abweichende Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.</p>		
<p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift der/des Versicherten</p>		
<p>Bitte bei Einverständnis diese Patienteninformation unterschrieben an die Praxis zurückgeben. Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.</p>		

Stand: 03/2023

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 3

Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung

Bei Bestehen einer privaten Zusatzversicherung zum Zahnersatz sind der Versicherung zwecks Abklärung der Kostenbeteiligung neben den Vorseiten auch diese Seite und der Anhang vorzulegen.

VII. Weitere Angaben

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen / Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden |
| <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK | <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK | <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK
Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM | |

VIII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl
Muster		

IX. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite Anhang

Anhang: Erläuterungen

Befund:

a	= Adhäsivbrücke (Anker)	se	= ersetzter Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ab	= Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sew	= ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
abw	= erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sk	= implantatgetragene intakte Krone
aw	= erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	skw	= erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
b	= Brückenglied	so	= implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
bw	= erneuerungsbedürftiges Brückenglied	sow	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
e	= ersetzter Zahn	st	= implantatgetragene Teleskopkrone
ew	= ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	stw	= erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
f	= fehlender Zahn	t	= Teleskopkrone
ix	= zu entfernendes Implantat	t2w	= erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
k	= klinisch intakte Krone	tw	= erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
kw	= erneuerungsbedürftige Krone	ur	= unzureichende Retention
pw	= erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	ww	= erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
pkw	= erneuerungsbedürftige Teilkkrone	x	= nicht erhaltungswürdiger Zahn
r	= Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn)(= Lückenschluss
rw	= erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn		
sb	= implantatgetragenes Brückenglied		
sbw	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied		

Therapieplanung:

A	= Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	= implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
ABM	= Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)	SE	= zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	= Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)	SEO	= zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
B	= Brückenglied	SK	= implantatgetragene Krone
BM	= Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	SKM	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
BV	= Brückenglied mit vestibulärer Verblendung	SKMO	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
E	= zu ersetzender Zahn	SKO	= implantatgetragene Krone mit Geschiebe
EO	= zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung	SKV	= implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
H	= gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	= implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
K	= Krone	SO	= implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	= Krone mit Halteelement	ST	= implantatgetragene Teleskopkrone
KM	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	= implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KMO	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe	T	= Teleskopkrone
KO	= Krone mit Geschiebe	TM	= Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	= Krone mit vestibulärer Verblendung	TV	= Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KVH	= Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement	T2	= Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVO	= Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe	T2M	= Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PK	= Teilkkrone	T2V	= Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
PKM	= Teilkkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet		
PKV	= Teilkkrone mit vestibulärer Verblendung		
R	= Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn		
SB	= implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	= implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied		

Kennzeichen Bemerkungen:

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet	10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
02	Zahnersatz verloren	11	Wiederherstellung/Bruch
03	Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlitterkamm, etc.)	12	Wiederherstellung/Sprung
04	Langzeitprovisorium	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	15	Erosionsgebiss
09	Vollkeramische Restauration	16	Erweiterung Halteelement
		17	Erweiterung Zahn/Zähne
		18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
		19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
		20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
		21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

Muster

Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Krankenkasse bzw. Kostenträger
 Name, Vorname des Versicherten
 Kostenträgerbezeichnung
 Abrechnungs-Nr.

Versicherten-Nr.
 Versicherungs-Nr.
 Zahnarzt-Nr. Datum

Direktabrechnung Zahnersatz

Hinweis an den Versicherten:
 Bitte reichen Sie dieses Formular bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.

Personalienfeld
 nach Vorgabe der
 Anlage 14b BMV-Z

TP																	
R																	
B																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
B																	
R																	
TP																	

Antragsnummer	
Genehmigungsdatum	

Nachträgliche Befunde		
Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

Rechnungsbeträge	Euro
ZA-Honorar BEMA	
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA	
ZA-Honorar GOZ	
Material- und Laborkosten (gewerblich)	
Material- und Laborkosten (Praxis)	
Versandkosten Praxis	
Gesamtsumme	
Festzuschuss Krankenkasse	
Versichertenanteil	

Eingliederungsdatum	T	T	M	M	J	J
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes						

Datum, Unterschrift und Stempel
 des Zahnarztes

Muster

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td style="text-align: right;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Behandlungs- beginn Quartal</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Beginn der Verlängerung Quartal</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Voraussichtliche Dauer Quartale</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> <p>KIG-Einstufung _____</p>	Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale	_____	_____	_____																			
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																						
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																				
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum																																				
Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale																																				
_____	_____	_____																																				
<p>Anamnese</p> <p>_____</p>																																						
<p>Diagnose</p> <p>OK</p> <p>_____</p>																																						
<p>UK</p> <p>_____</p>																																						
<p>Bisslage</p> <p>_____</p>																																						
<p>Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/></p>																																						
<p>OK</p> <p>_____</p>																																						
<p>UK</p> <p>_____</p>																																						
<p>Bisslage</p> <p>_____</p>																																						
<p>Verwend. Geräte</p> <p>_____</p>																																						
<p>Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Ä 925 a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>Ä 928</td><td>Ä 934 a</td><td>b</td><td>Ä 935 a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>5</td><td>7 a</td><td>12</td><td>116</td> </tr> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td> </tr> </table>		Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116	117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c								
Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116																								
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td><td>Summe</td><td>Buchst.</td> </tr> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td><td></td><td></td> </tr> </table>			I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.	OK 119								UK 119								120					X			<p>Sonstige Leistungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Geb.-Nr.</td><td>Anz.</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>	Geb.-Nr.	Anz.		
	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.																															
OK 119																																						
UK 119																																						
120					X																																	
Geb.-Nr.	Anz.																																					
<p>_____ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale</p>																																						
<p>_____ Geschätzte Material u. Laborkosten EUR _____ voraussichtl. Gesamtkosten EUR</p>																																						
<p>Anschrift des Mitgliedes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																																					
<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: % _____ Anspruch besteht ab Quartal _____</p>																																						

Originalgröße DIN A4

Vordruck 4b: Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

**Mitteilung
an den Patienten nach § 29 Abs. 1
Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)**

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) _____ / _____

Sehr geehrte/r

Muster

— nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad / gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssen Sie die Kosten selbst tragen.

— Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (Ort, Straße)

erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

(Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Vordr.-Nr. Z 122/IEU 07/2018 SCHÜTZEBÜCK, Tel. 0511/3273544 www.schutzbuock.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Gültig ab 01.07.2018

Muster

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname des Versicherten	geb.am
Versicherten-Nr.	

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)

1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung

Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang am _____ abgeschlossen.

2. Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung

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, aufgrund von

.....

Sonstiges: _____

3. Abbruch der Behandlung

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, 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

eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist

Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4d: Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Gültig ab 01.07.2023

Seite 2

Anhang: Kostenaufstellung
zur Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V
für [Vorname Nachname Versicherte/r] Vereinbarungsnummer: _____

Erläuterung zur Tabelle
Art der Leistung:
M = Mehrleistungen: Einen Teil der Kosten für diese Leistungen trägt die/der Versicherte. Den anderen Teil trägt die Krankenkasse.
Z = Zusatzleistungen: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.
A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.
Kostenanteil Versicherte/r:
Die Kostenaufstellung beruht auf den aktuellen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und den aktuellen Preisen für Materialien und Laborleistungen. Im Lauf der Behandlung können sich z. B. Vergütungen und Preise ändern. Deshalb handelt es sich in der nachfolgenden Aufstellung um voraussichtliche Kostenanteile und Beträge. Es kann auch sein, dass sich die Behandlungsleistungen ändern und Sie eine Folgevereinbarung erhalten.

Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ, ggf. Erläuterungen						Von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA				Kostenanteil Versicherte/r
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag (€)	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag (€)	Betrag (€)
Zwischensumme										

*Tabelle nach Bedarf
dynamisch verlängerbar*

Muster

Voraussichtlicher Kostenanteil der/des Versicherten für die obenstehenden privat Zahnärztlichen Leistungen _____
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten _____
Von der/dem Versicherten voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag _____

Seite 2 von 2

Originalgröße: DIN A4 quer

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2021

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p style="text-align: center;">vom _____</p>						
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten																						
		geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																				
<p>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</p> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum _____		<p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</p>																				
<p>Diagnose</p> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen																						
<p>Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																		
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)																			
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																		
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																		
<p>Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</p> <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																						
<p>Grad (Progression)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 0,25</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag				
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																			
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																			
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																			
<p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 2em; color: blue; font-weight: bold;">Muster</div>		<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																				

Vordr. 5a (2001, 01/2001) "Krankenkasse" S. 10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5c: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Gültig ab 01.07.2021

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherungs-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarztl.-Nr.	Datum

**Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-RL**

Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom _____ notwendig.

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

Vordr. 5c (2008-07/2021) "Krankenkasse bzw. Kostenträger" SCHÜTZZEICHEN "MANTELVERTRAG" 14a-28

Vordruck 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Gültig ab 01.06.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie</p> <p>Parodontalstatus vom: _____ Grad (Progression) nach PAR-Status: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C</p> <p>Datum der ersten UPT-Leistung: _____</p> <p>An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vor:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin: 5px 0;"></div> <p><input type="checkbox"/> Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt _____ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin: 5px 0; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5;">Muster</div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="font-size: 0.8em;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p>	<p>Gutachten</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesonder-tem Blatt)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin: 5px 0;"></div> <p style="font-size: 0.8em;">Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p>	<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten für die Verlängerung der UPT</p> <p><input type="checkbox"/> werden übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> werden nicht übernommen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin: 5px 0;"></div> <p style="font-size: 0.8em;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>											

Stand 09/2022

Originalgröße DIN A4

Vordruck 5e: Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Gültig ab 01.07.2021

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p> <p>vom _____</p> <p>Begründung:</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 25%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a			AIT b			CPT a			CPT b		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																													
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																													
4	-----																														
AIT a																															
AIT b																															
CPT a																															
CPT b																															

Vordr. 5e (2005, 07.2021) SCHÜTZESUCK, Nr. 001/11/02/21.04 www.bmvz.de

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

<p>Name und Anschrift der Krankenkasse</p>	<p>Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse</p>												
<h3 style="margin: 0;">Auftrag zur Begutachtung</h3> <p>Name und Anschrift des Gutachters</p>													
	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Name des Zahnarztes</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Anschrift des Zahnarztes</td> </tr> </table>	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Versicherungsnummer		Name des Zahnarztes		Anschrift des Zahnarztes					
Name, Vorname des Versicherten	geb. am												
Versicherungsnummer													
Name des Zahnarztes													
Anschrift des Zahnarztes													
<h3 style="margin: 0;">Wir bitten um Begutachtung der</h3>													
<ul style="list-style-type: none"> • vorgesehener prothetischer Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ • ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ • vorgesehener Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ • vorgesehener kieferorthopädischer Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplan vom _____ • Verlängerungsantrag vom _____ • Therapieänderung vom _____ • KIG-Einstufung vom _____ • Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____ • vorgesehener PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____ • vorgesehener Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____ 	<p style="font-size: small; margin: 0;">Zutreffendes ankreuzen</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ZE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MÄ</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">KB</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">KFO</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PAR</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PAR</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px;"></td> </tr> </table>	ZE		MÄ		KB		KFO		PAR		PAR	
ZE													
MÄ													
KB													
KFO													
PAR													
PAR													
<p>Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:</p>													
Muster													
<p>(Ort / Datum)</p>	<p>(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)</p>												
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-size: small;">Hinweis an den Zahnarzt:</div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.</p>													

Vordr. 6a (Anlage 10 a 07.2021) 600102/01/01, 600102/01/01, 600102/01/01, 600102/01/01

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6b: Ergebnis der Begutachtung (ZE, PAR, KG)

Gültig ab 01.06.2023

Ergebnis der Begutachtung (ZE, PAR, KG)

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- den PAR-Behandlungsplan (PAR-Status) vom _____
- die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom _____
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Das **Zahnschema** ist nur bei der Begutachtung einer Versorgung mit Zahnersatz auszufüllen.
Das Feld „**Befund**“ ist nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden.
Das Feld „**Ausgeführte Versorgung**“ ist nur auszufüllen, wenn Frage 3 des Ergebnisses mit „nein“ beantwortet wird.

Ausgeführte Versorgung																														
Befund																														
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28														
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38														
Befund																														
Ausgeführte Versorgung																														

Hinweis:
Es sind die vertraglich vereinbarten Befund- und Therapiekürzel gemäß den Vordrucken 3c und 3d der Anlage 14a zum BMV-Z in der jeweils aktuellen Fassung einzutragen.

Ergebnis

- Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan, die Verlängerung der UPT, der Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen wird befürwortet ja teilweise nein
- Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein
- Die ausgeführte prothetische Versorgung entspricht dem genehmigten Heil- und Kostenplan ja nein

Begründung (falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein weiteres Blatt nutzen)

Name und Anschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

--

Muster

Stempel der Gutachterin / des Gutachters / Datum / Unterschrift

Stand: 03/2023

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____
- die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom _____
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom _____
- die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs-/ Therapieänderungsantrag / KIG-Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“ erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____ _____ _____ _____			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Gutachters _____

Muster

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.

Vordr. 6d (Arztge 10d 02.2021) 100/111/112 104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Vorderseite

Gültig ab 2000

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B. VII. Nr. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Muster

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter unverzüglich zur Verfügung.

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Rückseite

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandeten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung							
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Muster

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 01.10.2020

Vorderseite

Datum: <input type="text"/>	13	Datum: <input type="text"/>	16	Datum: <input type="text"/>	19	Datum: <input type="text"/>	22	<div style="text-align: center;">Bonusheft</div> <p>- Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen - für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>PLZ/Wohnort: <input type="text"/></p> <p><small>SOBRENUTZUNG 10/2019/0714 - www.zahnverband.de</small></p>
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		
Datum: <input type="text"/>	14	Datum: <input type="text"/>	17	Datum: <input type="text"/>	20	Datum: <input type="text"/>	23	
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		
Datum: <input type="text"/>	15	Datum: <input type="text"/>	18	Datum: <input type="text"/>	21	Datum: <input type="text"/>	24	
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		

Rückseite

Nachweisheft zur Erlangung des Bonus beim Zahnersatz

Versicherte erhalten bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen von ihrer Krankenkasse höhere Festzuschüsse, wenn sie

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Individualprophylaxe-Untersuchungen in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen haben,
- sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres wenigstens einmal in einem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen.

Außerdem muss der Gebisszustand regelmäßige Pflege erkennen lassen.

Der Festzuschuss erhöht sich von 60 auf 70 %, wenn die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen ohne Unterbrechungen in den letzten fünf Jahren nachgewiesen werden. Der Festzuschuss erhöht sich auf 75 %, wenn der Nachweis für die letzten zehn Jahre erbracht wird.

Datum: <input type="text"/>	1	Datum: <input type="text"/>	4	Datum: <input type="text"/>	7	Datum: <input type="text"/>	10
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>	
Datum: <input type="text"/>	2	Datum: <input type="text"/>	5	Datum: <input type="text"/>	8	Datum: <input type="text"/>	11
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>	
Datum: <input type="text"/>	3	Datum: <input type="text"/>	6	Datum: <input type="text"/>	9	Datum: <input type="text"/>	12
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>	

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.01.2021

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten
Unfall-/Unfall-folgen	geb. am
BVG	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
	Trägerszahnarzt-Nr. Datum

Personalfeld nach Vorgaben der Anlage 14b BMV-Z

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf (innerhalb von 14 Tagen)

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.0em;">Physiotherapie</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 0.9em;">Vorrangige Heilmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.0em;">Ergänzende Heilmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>
<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.0em;">Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 0.9em;">Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. ____ <input type="checkbox"/> 45 min. ____ <input type="checkbox"/> 60 min. ____</p>	<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.0em;">Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 0.9em;">Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="font-size: 0.8em; color: gray;">ggf. ergänzendes Heilmittel</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.0em;">Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 0.9em;">Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>

Indikationsschlüssel	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
ICD-10 – Code	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
ICD-10 – Code	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele	
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)	

Vordr. 9

IK des Leistungserbringers

Muster

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

14a-38

Vordruck 10: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

(Anlage 2 der Anlage 12 zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Gültig ab 30.09.2020

<p>Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen (auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)</p>		<p>Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen (auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)</p>	
<p>Vorname, Nachname _____</p>		<p>Ausgehändigt an _____</p>	
<p>Datum der Untersuchung _____</p>		<p>Datum der Untersuchung _____</p>	
<p>Status</p>		<p>Mundgesundheitsplan</p>	
<p>Befund/Versorgung</p>		<p>Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege</p>	
<p>Oberkiefer</p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links</p> <p>Teilprothese _____</p>		<p>Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/></p>	
<p>Beläge rechts <input type="checkbox"/></p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/></p>		<p>Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*</p> <p>Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Bürste Hand <input type="checkbox"/></p> <p>Bürste elektrisch <input type="checkbox"/></p> <p>Dreikopfbürste <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Fluoridlack (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/></p> <p>Speichelfluss fördern _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Spüllösung _____ -mal am Tag</p> <p>Ernährung _____</p> <p>Sonstiges _____</p>	
<p>Unterkiefer</p> <p>Totalprothese <input type="checkbox"/></p> <p>Teilprothese _____</p>		<p>Behandlungsbedarf</p> <p>Füllung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnerentfernung <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges <input type="checkbox"/></p>	
<p>Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts</p> <p>Beläge links <input type="checkbox"/> links</p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i></p>		<p>Koordination</p> <p>Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit</p> <p>Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/></p> <p>Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/></p> <p>Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/></p> <p>Apotheker <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige _____</p>	
<p>Zustand Pflege</p> <p>Zähne 😊 😐 😞</p> <p>Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 😞</p> <p>Zahnersatz 😊 😐 😞</p>		<p>Wo soll Behandlung erfolgen</p> <p>Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Anderorts _____</p> <p>Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/></p> <p>Krankentransport erforderlich <input type="checkbox"/></p>	
<p>Behandlungseinstellung ist erfolgt</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>		<p>Besonderheiten/Anmerkungen</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">Muster</p>	
<p>Unterschrift Zahnarzt _____</p>		<p>Unterschrift Zahnarzt _____</p>	

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Originalgröße: DIN A4 quer

Vordruck 11: Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

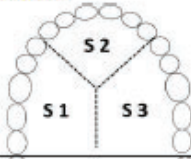
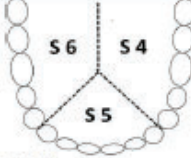
Gültig ab 01.07.2021

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____

Name: _____

Wir haben bei Ihnen den Parodontalen Screening-Index (PSI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen und die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den möglichen Behandlungsbedarf. Die bei Ihnen in der Untersuchung festgestellten Werte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

Einteilung von Ober- und Unterkiefer in je drei Sextanten (S 1 – S 6)	Höchster im Sextanten festgestellter Code	Erläuterung der PSI-Codes
 <p>Oberkiefer</p>	S 1 <input type="text"/>	<p>0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder</p> <p>1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder</p> <p>2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder</p> <p>3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm</p> <p>4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm</p>
	S 2 <input type="text"/>	
	S 3 <input type="text"/>	
 <p>Unterkiefer</p>	S 4 <input type="text"/>	
	S 5 <input type="text"/>	
	S 6 <input type="text"/>	
* Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern gekennzeichnet.		

Aus den Screening-Ergebnissen ergeben sich die folgenden Diagnosen und Empfehlungen:

PSI-Code	Diagnose	Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf
0	Parodontal gesund	Keine Therapie notwendig, regelmäßige Kontrolluntersuchung
1	Zahnfleischentzündung (Gingivitis)	Verbesserung der Mundhygiene
2	Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder	Verbesserung der Mundhygiene, Zahnsteinentfernung oder Glättung überstehender Füllungs- und Kronenränder
3	Verdacht auf Parodontitis	Verbesserung der Mundhygiene, parodontale Befunderhebung einschließlich der Anfertigung von Röntgenbildern als Basis der Diagnosestellung und der weiteren Therapieplanung
4		

Wir haben Sie über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf sowie – bei Messergebnis Code 3 oder 4 – über die Notwendigkeit, einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erheben sowie die Diagnose zu stellen, informiert.

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____


Muster

Vordr. 11 (2004-07-2021) *Änderung ab 2. Juli 2021* SCHÖTZEL & SCHÖTZEL, 34109 Bielefeld, www.schoetzel.de

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*

*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt.

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h3> 1 </div> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung  <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin-top: 20px;"> <h1 style="color: blue; opacity: 0.5;">Muster</h1> </div> <p style="text-align: right; font-size: 8pt;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger														
Name, Vorname des Versicherten		geb. am												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum												
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse														
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)			ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code												
_____	_____	_____												
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code												
_____	_____	_____												
<p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung														
<input type="checkbox"/> Sonstige _____														
<p>Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld <i>Wird Ihnen in der Arztpraxis die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkasse ausgehändigt, leiten Sie diese bitte an Ihre Krankenkasse weiter. Dadurch können zeitliche Verzögerungen bei der Gewährung von Kranken- bzw. Verletztengeld vermieden werden.</i></p>														
Dokumentenversion: Dokumententyp:		PRF.NR.												

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>arbeitsunfähig seit _____</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p>festgestellt am _____</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h3> 1 </div> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p><small>Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.</small></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin: 10px 0;"> Muster </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;"><small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small></p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber													
Dokumentenversion: Dokumententyp:		PRF.NR.											

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung für Versicherte

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen </p> <p> arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____ </p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> 1 </div> <p> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin: 20px 0;"> Muster </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Ausfertigung für Versicherte													
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) </p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p> <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung </p> <p> <input type="checkbox"/> Sonstige _____ </p>		ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____						
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
<p> Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung </p> <p> Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld <small>Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer ihre aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.</small> </p>													
Dokumentenversion: Dokumententyp:	PRFNR.												

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*

Muster 1a: Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit **dem Durchgangsarzt zugewiesen**

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall Endbescheinigung

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1a (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

* Solange die technischen Voraussetzungen (z. B. die Übermittlung über den Dienst Kommunikation im Medizinwesen „KIM“) für die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorliegen und die Gründe nicht in der Verantwortung der betroffenen Zahnarztpraxis liegen, ist das bisher praktizierte, papiergebundene Verfahren unter Verwendung der im Praxisverwaltungssystem hinterlegten Formulare (bisherige Formulare Muster 1a bis 1d oder mittels Stylesheet erzeugte Formulare) anzuwenden. Das Nähere zu der Übergangsphase wird unter C. I. Ziffer 1 Anlage 14b BMV-Z geregelt.

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung	
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung	
geb. am		<input type="checkbox"/> Folgebescheinigung	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.	
Arzt-Nr.	Datum		
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen	
arbeitsunfähig seit			
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit			
festgestellt am			
Verbindliches Muster			
Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 1b (1.2018)

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1c: Ausfertigung für den Versicherten

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Verbindliches Muster

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld
Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Muster 1c (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1d: Ausfertigung für den Zahnarzt

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall
 Endbescheinigung

Muster 1d (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
<i>Bitte die Rückseite beachten!</i>			Muster 2a (10.2014)	

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

<p>Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.</p> <p>Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.</p>	
<p>Vom Krankenhaus auszufüllen:</p> <p>Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am _____</p>	<p>Freigabe 01.09.2014</p> <p>Verbindliches Muster</p> <p>Stempel des Krankenhauses und Unterschrift</p>

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)		
Name, Vorname des Versicherten				
geb. am		Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose				
Verbindliches Muster				
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!				
Untersuchungsergebnisse _____				
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____				
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____				
Mitgegebene Befunde _____				
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!				Muster 2b (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!				
Untersuchungsergebnisse				
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)				
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)				
Mitgegebene Befunde				
Ausfertigung für den überweisenden Arzt			Muster 2c (10.2014)	

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung, Vorderseite

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4 <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">geb. am</div>	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtmit der Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie) vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B.-fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art und Ausstattung der Beförderung

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
_____	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.-ziff.	Name, Vorname des Versicherten Verbindliches Muster	Zahlung		Gesamt-Brutto				
<input type="checkbox"/> noctu								
<input type="checkbox"/> Sonstige	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status					
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall								
Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut idem								
<input type="checkbox"/> aut idem								
<input type="checkbox"/> aut idem								
		6666		[] [] [] [] [] []		Abgabedatum in der Apotheke		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 21: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014		
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<p>Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung</p> <p>notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Ärztliche Bescheinigung für 21 den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</p> <p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom <input type="text" value="T"/><input type="text" value="T"/><input type="text" value="M"/><input type="text" value="M"/><input type="text" value="J"/><input type="text" value="J"/> bis einschließlich <input type="text" value="T"/><input type="text" value="T"/><input type="text" value="M"/><input type="text" value="M"/><input type="text" value="J"/><input type="text" value="J"/> der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.</p>		
<p>Verbindliches Muster</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>		
<small>Muster 21 (10.2014)</small>		

Originalgröße: DIN A6 quer

