

**Anlage 3b**  
**(notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung**  
**und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Zahnärzte“)**

**zum**  
**Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V**  
**über**  
**die Versorgung mit Leistungen**  
**der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie**  
**und deren Vergütung**  
**vom 15.03.2021**

## Inhalt

|   |    |
|---|----|
| Ziel der Anlage .....   | 3  |
| 1. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken.....                                    | 3  |
| 2. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt.....            | 3  |
| 3. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt .....  | 4  |
| 4. Verordnungsdaten.....  | 6  |
| a) Personalienfeld .....  | 8  |
| a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht .....  | 9  |
| a2) Unfallfolgen/BVG .....  | 9  |
| b) Hausbesuch .....   | 10 |
| c) Therapiebericht.....   | 10 |
| d) Dringlicher Behandlungsbedarf .....  | 11 |
| e) Verordnungsmenge.....  | 11 |
| f) Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs .....   | 13 |
| g) Therapiefrequenz.....  | 14 |
| i) Indikationsschlüssel .....   | 14 |
| j) Diagnose mit Leitsymptomatik .....   | 15 |
| k) Zahnarztstempel und Zahnarztunterschrift.....  | 16 |
| l) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten) ..... | 17 |
| m) Behandlungsabbruch .....   | 18 |
| n) Rechnungsdaten .....   | 18 |
| o) Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers .....   | 19 |

## **Ziel der Anlage**

Die einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen legen insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch den Leistungserbringer fest. Diese Anlage soll so dazu beitragen, dass Rechnungskürzungen und Nullretaxationen ganz vermieden werden, zumindest aber nur in berechtigten Fällen erfolgen.

Die Vertragspartner unterliegen dabei den Regelungen der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ), die die formalen Anforderungen einer möglichen Verordnungs-korrektur beschreibt.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

Abweichend zur Begriffsbestimmung des Vertrages sind bei der Verwendung der Begriffe „Zahnärztinnen oder Zahnärzte“ in dieser Anlage ausschließlich Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte sowie verordnende Zahnärztinnen oder Zahnärzte im Rahmen des Entlassmanagements umfasst.

### **1. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken**

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 11 HeilM-RL Zahnärzte ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Z) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist Anlage 14a des BMV-Z und in den Erläuterungen und Ausfüllhinweisen Anlage 14b des BMV-Z näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster Z13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen. Über Änderungen der Heilmittel-Verordnungsvordrucke informiert der GKV-SV die Berufsverbände frühzeitig vor Inkrafttreten.

### **2. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt**

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer gemäß § 15 Absatz 1 HeilM-RL ZÄ ordnungsgemäßen vertragszahnärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Ist die Heilmittelverordnung nicht ordnungsgemäß ausgestellt

ist der Behandlungsvertrag mit der Krankenkasse schwebend unwirksam. Die Behandlung kann jedoch begonnen werden, wenn nachfolgende Angaben auf der Verordnung enthalten sind:

- Angaben im Personalienfeld (ausgenommen Status)
- Diagnosegruppe und
- Stempel oder Unterschrift der Zahnärztin oder des Zahnarztes

### **3. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt**

- (1) Sind einzelne Verordnungen nicht vollständig oder erkennbar falsch bedruckt, kann der zugelassene Leistungserbringer diese bis zur Abrechnung im nachfolgend beschriebenen Form korrigieren oder ergänzen oder eine zahnärztliche Ergänzung oder Korrektur anstoßen.
- (2) Soweit in Ziffer 5 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren. Soweit in der Abrechnung durch die Krankenkasse auffällt, dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren/ergänzen. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3b dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer in der Folge die nach dem vorstehenden Satz 3 vollständig ergänzte bzw. korrigierte Kopie der Originalverordnung zurück, entsteht eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 €. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb vom 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.
- (3) Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.
- (4) Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen oder Korrekturen durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt vorzunehmen. Solche Ergän-

zungen oder Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden oder falschen Angabe. Änderungen oder Ergänzungen einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Zahnärztin oder des Zahnarztes mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.

- (5) Eine Ergänzung oder Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen Leistungserbringer und Zahnärztin oder Zahnarzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.
- (6) Bei Ergänzungen oder Korrekturen durch Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Zahnärztin oder des Zahnarztes sichtbar bleiben. Änderungen oder Ergänzungen durch den Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.

#### 4. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Vordruck 9 (Vordruck-Nr. Z13)

**a) Personalienfeld**

**a1) Zuzahlungsfrei/-pflicht**

**a2) Unfallfolgen/BVG**

**b) Hausbesuch**

**d) dringlicher Behandlungsbedarf**

**c) Therapiebericht**

**f) Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs**

**g) Therapiefrequenz**

**e) Verordnungsmenge**

**i) Indikationsschlüssel**

**j) Diagnose mit Leitsymptomatik**

**k) Zahnarztstempel und Unterschrift**

**Zahnärztliche Heilmittelverordnung**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Name, Vorname des Versicherten  
geb. am  
Unfall-/Unfallfolgen  
BVG  
Kostenträgerkennung  
Versicherten-Nr.  
Status  
Vertragszahnarzt-Nr.  
Datum  
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges  
Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen  
Hausbesuch  
Therapiebericht  
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges  
Physiotherapie  
Vorrangige Heilmittel:  
Ergänzende Heilmittel:  
Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie  
Therapiedauer  
Anzahl pro Woche  
Verordnungsmenge  
ggf. ergänzendes Heilmittel  
Anzahl pro Woche  
Verordnungsmenge  
Indikationsschlüssel  
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele  
ICD-10-Code  
ICD-10-Code  
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)  
IK des Leistungsbringers  
Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Abbildung 1 Druckbereich auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung Z13 Vorderseite



## Erläuterung zur Art der Angabe:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Pflichtangabe</b>              | als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein  |
| <b>Optionale Angabe</b>           | als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein   |
| <b>Konditionale Pflichtangabe</b> | als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft |

### a) Personalienfeld

|                     |                                |                      |         |
|---------------------|--------------------------------|----------------------|---------|
| Zuzahlungsfrei      | Krankenkasse bzw. Kostenträger |                      |         |
| Zuzahlungspflicht   | Name, Vorname des Versicherten |                      | geb. am |
| Unfall/Unfallfolgen |                                |                      |         |
| BVG                 | Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr.     | Status  |
|                     |                                | Vertragszahnarzt-Nr. | Datum   |

| Art der Angabe       | Pflichtangabe  |
|----------------------|--|
| Erläuterung          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status)</li> <li>Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung)</li> <li>Angaben zur verordnenden Zahnärztin oder zum verordnenden Zahnarzt (Vertragszahnarzt-Nr.)</li> <li>Ausstellungsdatum</li> </ul>   |
| Korrekturmöglichkeit | <p>Fehlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr.)</li> <li>Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung)</li> <li>Angaben zur verordnenden Zahnärztin oder zum verordnenden Zahnarzt (Vertragszahnarzt-Nr.)</li> <li>Ausstellungsdatum</li> </ul> <p>kann die Behandlung nicht begonnen werden.</p> |



|                    |  |
|--------------------|--|
|                    | Korrekturen können ausschließlich zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. In der Blankoformularbedruckung ist bei fehlerhaften oder fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur verordnenden Zahnärztin oder zum verordnenden Zahnarzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszudrucken. |
| Korrekturzeitpunkt | Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgen.<br>Für das Feld „Status“ sind nachträgliche Korrekturen gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.  |

#### a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht

| Art der Angabe       | Optionale Angabe   |
|----------------------|--|
| Erläuterung          | Durch Setzung eines Kreuzes gibt die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen volljährigen Versicherten vorliegt.  |
| Korrekturmöglichkeit | Auf den Einzug der Zuzahlung darf der zugelassene Leistungserbringer nur bei entsprechender Kennzeichnung auf der Verordnung oder bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Das Feld „Zuzahlungsfrei“ muss im letzteren Falle nicht korrigiert werden. Bei mehrdeutigen Angaben (z. B. kein Kreuz gesetzt), gilt die oder der Versicherte bis zur Vorlage einer Befreiungsbescheinigung als gebührenpflichtig und die Gültigkeit der Verordnung wird hiervon im Übrigen nicht berührt. |
| Korrekturzeitpunkt   | Keine Korrektur erforderlich.  |

#### a2) Unfallfolgen/BVG

| Art der Angabe | Konditionale Pflichtangabe  |
|----------------|---|
| Erläuterung    | Durch Setzung eines Kreuzes kann die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt angeben, ob es sich |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt. |
| Korrekturmöglichkeit | Keine Korrektur erforderlich.  |

## b) Hausbesuch

Hausbesuch  
 Ja  Nein

|                      |   |
|----------------------|---|
| Art der Angabe       | Konditionale Pflichtangabe  |
| Erläuterung          | Ein Hausbesuch kann nur abgerechnet werden, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.  |
| Korrekturmöglichkeit | Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt.<br><br>Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe erfolgen. |
| Korrekturzeitpunkt   | Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.  |

## c) Therapiebericht

Therapiebericht  
 Ja

|                |   |
|----------------|---|
| Art der Angabe | Optionale Angabe  |
| Erläuterung    | Ein Therapiebericht gilt als zahnärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich und die Abrechnung nicht möglich. |

|                      |   |
|----------------------|---|
| Korrekturmöglichkeit | Sofern die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Zahnarztunterschrift nachträglich korrigieren. |
| Korrekturzeitpunkt   | Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.  |

#### d) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

| Art der Angabe       | Optionale Angabe   |
|----------------------|--|
| Erläuterung          | Ist das Feld dringlicher Behandlungsbedarf angekreuzt, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden, in allen anderen Fällen spätestens nach 28 Kalendertagen.   |
| Korrekturmöglichkeit | Wird der zahnärztlicherseits angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf kann innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Ausstellung von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden. |
| Korrekturzeitpunkt   | Die Änderung muss innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung erfolgen.   |

#### e) Verordnungsmenge

**Verordnungsmenge**

| Art der Angabe | Pflichtangabe  |
|----------------|--|
| Erläuterung    | Die Verordnungsmenge darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 6 Absatz 4 HeilM-RL ZÄ zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dies |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | <p>gilt auch bei Aufteilung der Verordnungsmenge auf unterschiedliche Heilmittel. Ist eine Doppelbehandlung verordnet worden, erhöht dies die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge sowie die von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt angegebene Verordnungsmenge nicht.</p>  |
| Korrekturmöglichkeit | <p>Fehlt die Angabe der Verordnungsmenge, ist diese von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.</p> <p>Sofern auf der zahnärztlichen Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon dennoch nur nach Änderung mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe abgewichen werden.</p> <p>Sofern auf der zahnärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der Leistungserbringer maximal so viele Behandlungseinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der HeilM-RL ZÄ zulässig sind. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.</p> <p><b>Abweichend gilt für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf i.S. § 7 HeilM-RL ZÄ:</b></p> <p>Die verordneten Behandlungseinheiten müssen unter Berücksichtigung der verordneten Frequenz rechnerisch innerhalb von 12 Wochen geleistet werden können. Die darüber hinaus verordneten Behandlungseinheiten dürfen nicht abgegeben werden. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Einer Korrektur der Verordnung bedarf es nicht. Kann die Frequenz eingehalten werden, dann endet die Behandlung nach 12 Wochen. Kann die Frequenz wegen begründeter Behandlungsunterbrechungen nicht eingehalten werden, endet die Behandlung gemäß § 7 Absatz 5 Satz 2 Vertrag nach</p> |

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    | 9 Monaten beziehungsweise mit der letzten Behandlungseinheit, die innerhalb von 12 Wochen hätte rechnerisch geleistet werden dürfen. |
| Korrekturzeitpunkt | Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.  |

**f) Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs**

**Sprech- und Sprachtherapie  
oder Schlucktherapie**

**Therapiedauer**

30 min. \_\_\_\_

45 min. \_\_\_\_

60 min. \_\_\_\_

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Art der Angabe</b> | <b>Pflichtangabe</b>   |
| Erläuterung           | Die Angabe zum Heilmittel beinhaltet die Regelbehandlungszeit in Minuten für Sprech- Sprach- oder Schlucktherapie. Die Regelbehandlungszeit ist von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt durch Setzung eines Kreuzes auszuwählen.  |
| Korrekturmöglichkeit  | <p><u>Therapieminuten</u></p> <p>Ist keine Minutenangabe ausgewählt, dann gelten 30 Minuten als verordnet.</p> <p>Fehlt die richtlinienkonforme Angabe der Therapieminuten, muss die Korrektur durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p> <p><u>Doppelbehandlung:</u></p> <p>Doppelbehandlungen können nur erbracht werden, wenn sie zahnärztlich verordnet sind. Änderungen können</p> |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | entweder zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe, oder im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Zahnarztunterschrift erfolgen. Die Änderung oder Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen. |
| Korrekturmöglichkeit | Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.  |

### g) Therapiefrequenz

**Anzahl pro Woche**

□---□---□  
1x 2x 3x

| Art der Angabe       | Pflichtangabe   |
|----------------------|---|
| Erläuterung          | Die Festlegung der Frequenz oder der Frequenzspanne erfolgt symptom- und bedarfsorientiert gemäß der Vorgabe der Zahnärztin oder des Zahnarztes.  |
| Korrekturmöglichkeit | Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt möglich und werden auf der Verordnung durch das Kreuz in dem dafür vorgesehenen Feld dokumentiert. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht. |
| Korrekturzeitpunkt   | Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.   |

### i) Indikationsschlüssel

**Indikationsschlüssel**

□□□□

| Art der Angabe       | Pflichtangabe   |
|----------------------|---|
| Erläuterung          | Es ist ein Indikationsschlüsselgemäß Heilmittelkatalog (ZÄ) anzugeben.  |
| Korrekturmöglichkeit | Der Indikationsschlüssel kann nur zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden. |
| Korrekturzeitpunkt   | Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.   |

### j) Diagnose mit Leitsymptomatik

|   |  |
|---|--|
| Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele |  |
|   |  |
|   |  |

ICD-10 - Code

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

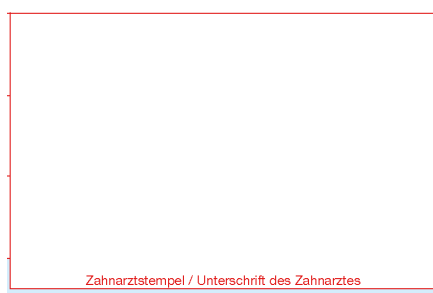
ICD-10 - Code

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

| Art der Angabe | Optionale Angabe   |
|----------------|--|
| Erläuterung    | <p>Auf der Verordnung muss mindestens eine Diagnose angegeben sein; die Angabe kann in Form eines ICD-10-Codes, als Klartext oder als Freitext erfolgen.</p> <p>Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog ZÄ anzugeben.</p> <p>Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog ZÄ als Freitext anzugeben.</p> <p>Die Angabe eines Therapieziels ist aufgrund der anzugebenden Diagnose und Leitsymptomatik nicht zwingend erforderlich.</p> <p>Soweit zahnarztseitig zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden sowie Vor- und Begleiterkrankungen gemacht sowie ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.</p> |

|                      |   |
|----------------------|---|
| Korrekturmöglichkeit | <p>Ist die Diagnose weder als ICD-Code noch als Klartext oder Freitext vorhanden, dann ist diese mit einer erneuten Zahnarztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.</p> <p>Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Zahnarztunterschrift nachgetragen werden.</p> |
| Korrekturzeitpunkt   | <p>Die Korrektur der Diagnosen muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.</p> <p>Nachträgliche Korrekturen der Leitsymptomatik sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.</p>   |

### k) Zahnarztstempel und Zahnarztunterschrift



| Art der Angabe       | Pflichtangabe   |
|----------------------|---|
| Erläuterung          | <p>Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie zahnärztlich unterschrieben und mit einem Zahnarztstempel versehen ist. Dem Zahnarztstempel steht der Aufdruck der Adressdaten der Zahnarztpraxis gleich.</p> |
| Korrekturmöglichkeit | <p>Korrekturen oder Ergänzungen der Zahnarztunterschrift und/oder des Zahnarztstempels können ausschließlich zahnarztseitig erfolgen.</p>   |
| Korrekturzeitpunkt   | <p>Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.</p>  |



**l) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)**

**Empfangsbestätigung durch den Versicherten**  
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

| Datum | Maßnahmen<br>(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche) | Leistungserbringer | Unterschrift des Versicherten |
|-------|--|--------------------|-------------------------------|
| 1     |  |                    |                               |
| 2     |  |                    |                               |
| 3     |  |                    |                               |
| 4     |  |                    |                               |

| Art der Angabe       | Pflichtangabe   |
|----------------------|---|
| Erläuterung          | <p>Pflichtangaben sind Behandlungsdatum, Regelbehandlungszeit und Unterschrift der oder des Versicherten und die Initialen des Leistungserbringers.</p> <p>Begründete Behandlungsunterbrechungen von über 14 Tagen sind unter Angabe der Kürzel FKT (Ferien/Urlaub; Krankheit; therapeutisch indizierte Unterbrechung) zu dokumentieren.</p> <p>Bei Doppelbehandlungen soll jede Behandlungseinheit einzeln dokumentiert und bestätigt werden, für eine Doppelbehandlung sind daher 2 Zeilen auszufüllen.</p> <p>Die Diagnostikleistungen sind mit den Begriffen „Erstdiagnostik“ oder „Bedarfsdiagnostik“ zu dokumentieren und vom Versicherten zu bestätigen.</p> <p>Reichen die Zeilen des Ordnungsmusters nicht aus, ist zusätzlich ein Beiblatt anzufügen.</p> |
| Korrekturmöglichkeit | <p>Korrekturen oder Ergänzungen von Behandlungsdatum oder Regelbehandlungszeit sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen. Die Initialen können ohne erneute Unterschrift der oder des Versicherten geändert oder ergänzt werden.</p> <p>Fehlen die Kürzel (FKT), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Absatz 5 nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.</p>  |



|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <p>Das IK des Leistungserbringers ist auf der Vorderseite der Verordnung nicht zwingend einzutragen.</p> <p>IK des Leistungserbringers <input type="text"/></p> |
| Korrekturmöglichkeit | Korrekturen oder Ergänzungen des IK des Leistungserbringers sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.                                   |
| Korrekturzeitpunkt   | Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.   |

**o) Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers**

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

| Art der Angabe       | Pflichtangabe   |
|----------------------|---|
| Erläuterung          | Durch Unterschrift eines Unterschriftsberechtigten ist die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen. |
| Korrekturmöglichkeit | Korrekturen oder Ergänzungen der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.            |
| Korrekturzeitpunkt   | Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 3 Absatz 2 möglich.   |