

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 20.02.2024

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

- 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								202			
geb. am				Erfassungsschein Kons./Chir.							
Kostenträgerkennung				Versicherten-Nr.		Status		Folgeschein Blatt Nr.			
Abrechnungs-Nr.				Zahnarzt-Nr.		Datum					
Erklärung des Versicherten Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Unterschrift des Versicherten/Datum											
Datum				Datum				Datum			
T T M M				T T M M				T T M M			
Zahn				Zahn				Zahn			
Leistung				Leistung				Leistung			
Bemerkungen				Bemerkungen				Bemerkungen			
Vordr. 1 (Z103 01/2023) SCHÜTZ-ZUC, Tel. 06 91 32 79 44 www.schutz-zuc.de											
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulunfällen											

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)

Muster

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____
 Krankenhaus:

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

SCHÜTZBUCK, Tel. 0351/327344, 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:
 Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

Art der Versorgung	Befund														
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4
TP															
R															
B															
	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34
B															
R															
TP															

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse
 Befund Nr.1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3
 (Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

III. Kostenplanung

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

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

IV. Zuschussfestsetzung
 Betrag Euro Ct
 Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgeesehenen Weise eingegliedert wird.
 Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
Hinweis:
 % Festzuschuss
 Es liegt ein Härtefall vor.

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
 Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

Eingliederungsdatum:
 Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:
 Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.
 Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Erläuterungen Befund (Kombinationen sind zulässig)
 a = Adhäsionsbrücke (Anker) pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
 ab = Adhäsionsbrücke (Brückenglied) r = Wurzelstiftkappe
 aw = erneuerungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Anker) rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
 abw = erneuerungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Brückenglied) sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
 b = Brückenglied e = ersetzter Zahn tw = Teleskop
 e = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn ur = unzureichende Retention
 f = fallender Zahn ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
 i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
 ia = zu entfernendes Implantat S = implantatgetragene Suprakonstruktion
 k = klinisch intakte Krone T = Teleskopkrone
 kw = erneuerungsbedürftige Krone V = vestibuläre Verbindung
 M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration
 O = Geschiebe, Stieg etc.
 PK = Teilkronen
 R = Wurzelstiftkappe
 S = implantatgetragene Suprakonstruktion
 T = Teleskopkrone
 V = vestibuläre Verbindung

Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone
 Alter ca. Jahre NEM

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben
 Vordr. 3a (ZB1/1/B 10/2020) SKÜTZ/BUCH, Nr. 451/1/2/3/4 www.schweizerische.de
 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

Muster

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

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 (Z312/1 10.2020) schütz./BUCK, Tel. (0511) 32 93 44; www.schuetzdruck.de

Originalgröße: DIN A4

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

Muster

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: _____

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

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 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 Teilkronen	x	= nicht erhaltungswürdiger Zahn
r	= Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn	χ	= 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	= 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 Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, 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

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 1

Informationen zu Ihrem Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

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

I. Versicherte / Versicherter

<p>Name, Adresse Zahnarztpraxis</p> <hr/> <p>Anrede Vorname Nachname Versicherte/r Straße Hausnummer PLZ Ort</p>	<p>Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Versichertennummer</p> <hr/> <p>Name der Krankenkasse</p> <hr/> <p>Antragsnummer</p> <hr/>
--	---

Muster

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

III. Bemerkungen

Kennzeichen, s. Anhang: _____
Zusätzliche Erläuterungen: _____

IV. Voraussichtliche Kosten für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
Tabelle GOZ-Leistungen nach Bedarf verlängerbar				

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)

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

V. Zum Vergleich: Das wären die Kosten bei Wahl der Regelversorgung

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 %.

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:

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.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

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

Stand 03/2023

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

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 Teilkrone	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	= Teilkrone	T2V	= Sekundärteil einer 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		

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, Schlotterkamm, etc.)	12	Wiederherstellung/Sprung
04	Langzeitprovisorium	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblenbereich	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

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Gültig ab 01.10.2023

<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	<h3 style="margin: 0;">Direktabrechnung Zahnersatz</h3> <p><u>Hinweis an den Versicherten:</u> Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit der Gesamtrechnung bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum														

Muster

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																		

Antragsnummer _____	Höhe des Festzuschusses in Prozent
Genehmigungsdatum _____	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100

Befunde für Festzuschüsse	Zuschussbeträge		
Befund-Nr. Zahn/Gebiet	Anzahl	Euro	Ct
<i>Nachträgliche Befunde</i>			
Gesamtsumme Festzuschüsse			

Rechnungsbeträge	Euro	Ct
ZA-Honorar BEMA		
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA		
ZA-Honorar GOZ		
Material- und Laborkosten (gewerblich)		
Material- und Laborkosten (Praxis)		
Versandkosten Praxis		
Gesamtsumme Rechnungsbetrag		

Eingliederungsdatum (TTMMJJ)	Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes	

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></td> <td>Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td>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="text-align: center;">Behandlungs- beginn Quartal</td> <td style="text-align: center;">Beginn der Verlängerung Quartal</td> <td style="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> KIG-Einstufung _____	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																	
_____	_____	_____																	

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie **Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c)** **Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)**

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a		b		c		d		A 928		A 934 a		b		A 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																

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120					X		

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.
_____	_____

_____ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

_____ Geschätzte Material u. Laborkosten EUR _____ voraussichtl. Gesamtkosten EUR

Anschrift des Mitgliedes

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: % _____ Anspruch besteht ab Quartal _____

Muster

SCHÜTZER/UCK/Ver. 06/11/02/78 M. www.schuetzver.de
Vordr.-Nr. Z 144 07/2018

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 132/BU 07/2018 SCHÜTZBLICK, Tel. (651) 93 93 44, www.schutzblick.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 1

**Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen
bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V**

Erstvereinbarung Folgevereinbarung Vertragsnummer: _____

<p>[Name, Adresse Zahnarztpraxis]</p> <p>[Anrede] [Vorname Nachname Versicherte/r] [Straße Hausnummer] [PLZ Ort]</p>	<p>Vertragszahnarztstempel</p> <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-10deg); text-align: center;">Muster</p>
--	--

_____ Zwischen _____
Zahlungspflichtige/r

_____ und _____
Zahnärztin/Zahnarzt

_____ für _____
Versicherte/r (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privatärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)

<i>Leistungen</i>	<i>Betrag in EUR</i>
Privatärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ	_____
Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA	_____
<i>Zwischensumme</i>	_____
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten	_____
Ihr voraussichtlicher Kostenanteil	_____

Aufklärung über zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat mir verschiedene kieferorthopädische Behandlungsmethoden erklärt. Sie/er hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach BEMA) und bei der ich nichts zusätzlich zahlen muss. Hierauf haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft.

Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____
Unterschrift Zahlungspflichtige/r	Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Seite 1 von 2

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: _____

Muster

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 Versichert/r
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag (€)	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag (€)	Betrag (€)
Zwischensumme										

Tabelle nach Bedarf dynamisch verlängerbar

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

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

PARODONTALSTATUS Blatt 1

vom _____

Muster

Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____
Diagnose <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen	
Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)	
<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"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm) <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm) <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
Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)	
<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster	
Grad (Progression)	
<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
Anschrift Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/> Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

Vordr. 5a (2001, 01.2001) - Modifiziert ab 2. März 2021 - SÄ 01022002 - 30.01.19.01/04 - www.krankenkassen.de

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

Muster

**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

Vordr. 5c (2009-07-2021) "Anwendung z. Aktiv 50/50" - SCHÜTZZEICHEN "M 6111/8111/4" www.kv.at/par-rl

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">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>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	<p>Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie</p> <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); position: absolute; top: 20px; right: 20px;">Muster</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: 70px; margin: 5px 0;"></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: 150px; 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

Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">geb. am</div> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Kostenträgerkennung</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Status</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> </tr> </table>	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h3 style="margin: 0;">Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</h3> <p style="margin-top: 10px;">vom _____</p> <p style="margin-top: 20px;">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 style="margin-top: 10px;">Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>4</td> <td>-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="margin-top: 20px;"> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </div>	Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a			AIT b			CPT a			CPT b		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																							
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																							
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																							
4	-----																								
AIT a																									
AIT b																									
CPT a																									
CPT b																									

Vordr.-5e (2020/07/2021) - SCHÜTZDRUCK Nr. 001/11/20/21/24 - www.zahnarztbmvz.de

Originalgröße: DIN A 4

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Name und Anschrift der Krankenkasse	Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse								
<h3>Auftrag zur Begutachtung</h3> <p>Name und Anschrift des Gutachters</p>									
<div style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;">Muster</div>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="width: 20%;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name des Zahnarztes</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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									
<h4>Wir bitten um Begutachtung der</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-bottom: 10px;"> • vorgesehener prothetischer Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ <div style="float: right; text-align: right;"> <small>Zutreffendes ankreuzen</small> <input type="checkbox"/> ZE <input style="width: 60px;" type="text"/> </div> <li style="margin-bottom: 10px;"> • ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Mä <input style="width: 60px;" type="text"/> </div> <li style="margin-bottom: 10px;"> • vorgesehener Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> KB <input style="width: 60px;" type="text"/> </div> <li style="margin-bottom: 10px;"> • vorgesehener kieferorthopädischer Behandlung: <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> KFO <input style="width: 60px;" type="text"/> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplan vom _____ • Verlängerungsantrag vom _____ • Therapieänderung vom _____ • KIG-Einstufung vom _____ • Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____ <li style="margin-bottom: 10px;"> • vorgesehener PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____ <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> PAR <input style="width: 60px;" type="text"/> </div> <li style="margin-bottom: 10px;"> • vorgesehener Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____ <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> PAR <input style="width: 60px;" type="text"/> </div> 									
<p>Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:</p>									
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> (Ort / Datum)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> (Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)								
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; width: fit-content;">Hinweis an den Zahnarzt:</div> <p style="margin-top: 5px; font-size: 0.9em;">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, 14.01.19 10:24:41, 10.0000000000000000

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	

Muster

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																				
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																				
Ausgeführte Versorgung																																				

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

Ergebnis

1. Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan, die Verlängerung der UPT, der Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen wird befürwortet ja teilweise nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein
3. 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

Stempel der Gutachterin / des Gutachters / Datum / Unterschrift

Stand: 03/2023

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6c: Ergebnis Begutachtung (KFO)

Gültig ab 2016

Muster

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Begutachtung kieferorthopädische Behandlung

Die Erstellung des Gutachtens über

- KFO-Behandlungsplan vom _____ KFO-Verlängerungsantrag vom _____
 KFO-Therapieänderung vom _____ KIG-Einstufung vom _____
 KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Ergebnis

1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
 Quartale _____
3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt ja nein, welche _____
5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
6. Die Material- und Laborkosten sind angemessen ja nein, Höhe _____

Begründung (falls den Angaben des Zahnarztes / Kieferorthopäden nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)

Name und Anschrift des Zahnarztes

 Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Muster

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 _____

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 10 d 07.2021) 50072011/CC-BY-NC-ND/4.0

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)

Muster

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:

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

Muster

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

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>KOBREZUECK 16 0011 01741 www.kobrezueck.de</small></p>
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	
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"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	
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"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	
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"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift
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"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift
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"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift	Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel und Unterschrift
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

Personalfeld nach Vorgaben
der Anlage 14b BMV-Z

Muster

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

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen
 Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie <u>Vorrangige Heilmittel:</u> <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	<u>Ergänzende Heilmittel:</u> <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 Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung
---	---

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie <u>Therapiedauer</u> <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
--	--

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
ICD-10 – Code	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
ICD-10 – Code	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)

IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Vordr. 9 (z1b - 10/2020) - schizzi@kuck.de - 05 31 02 70 44 - www.kuck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Rückseite

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Muster

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Behandlungsabbruch

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

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

Abweichung
von der Frequenz

Begründung

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Originalgröße: DIN A4

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

Muster

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status	Mundgesundheitsplan	Koordination
Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts links Beläge links <input type="checkbox"/> Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein	Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ Zahnersatz 😊 😐 ☹️	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	

* 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)

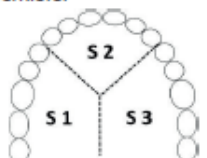
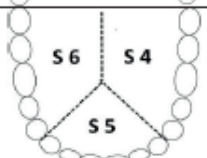
Gültig ab 01.07.2021

Muster

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
Oberkiefer 	S 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 3 <input style="width: 40px;" type="text"/>	0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder 3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm 4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm
Unterkiefer 	S 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 5 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 6 <input style="width: 40px;" 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 _____

Originalgröße: DIN A 4

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 <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>	
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			Nachsterreichbare, 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 _____				
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!</div> Muster 2b (10.2014)				

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			<b style="color: red;">Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>
Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Notfall
Diagnose			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen
_____ _____ _____ _____			<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
_____ _____			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
_____ _____			_____ _____
_____ _____			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 Krankbeförderung, Vorderseite

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h3 style="margin: 0;">Verordnung einer Krankbeförderung 4</h3> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt</p>
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">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 Fahrtantritt 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. fachgerechtes 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"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> liegend

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung, Rückseite

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!
Bestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs
 Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.
 Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt
 (Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum TTMMJJ

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.-zif.	Name, Vorname des Versicherten	Zahlung		Gesamt-Brutto						
<input type="checkbox"/> modu	Verbindliches Muster									
<input type="checkbox"/> Sonstige										
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe				
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Versicherten-Nr.	1. Verordnung								
	Status	2. Verordnung								
	Betriebsstätten-Nr.	3. Verordnung								
	Arzt-Nr.									
	Datum									
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> aut idem										
<input type="checkbox"/> aut idem										
<input type="checkbox"/> aut idem										
	666H				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!										
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

Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung

notwendig ja nein

Unfall ja nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom vom bis einschließlich

der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.

Muster 21 (10.2014)

Originalgröße: DIN A6 quer

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

Antrag des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer	
<input type="text"/>	T T M M J J	<input type="text"/>	
PLZ	Wohnort	Straße, Haus-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontoinhaber	Freigabe 01.09.2014		
<input type="text"/>			
IBAN			
<input type="text"/>			
Geldinstitut		BIC	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit</p> <p><input type="checkbox"/> keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe <input type="checkbox"/> Anspruch auf Entgeltfortzahlung für <input type="text"/> Tage habe</p> <p>Ich bin Alleinziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. Krankengeld aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes wurde in diesem Kalenderjahr von mir</p> <p><input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> für <input type="text"/> Tage bezogen</p>			
Datum		Verbindliches Muster	
T T M M J J		Unterschrift des Versicherten	
<p>* Dieser Antrag ist von dem Versicherten zu stellen, der den Anspruch auf Krankengeld geltend macht.</p>			

Originalgröße: DIN A6 quer