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 Heilmitteilverordnung

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 Krankenbeförderung

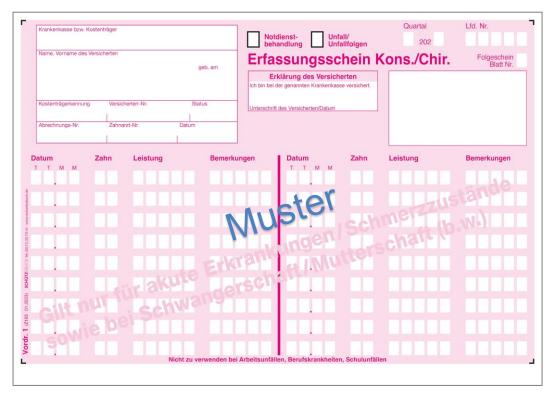
Muster 16 - Arzneiverordnungsblatt

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



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**

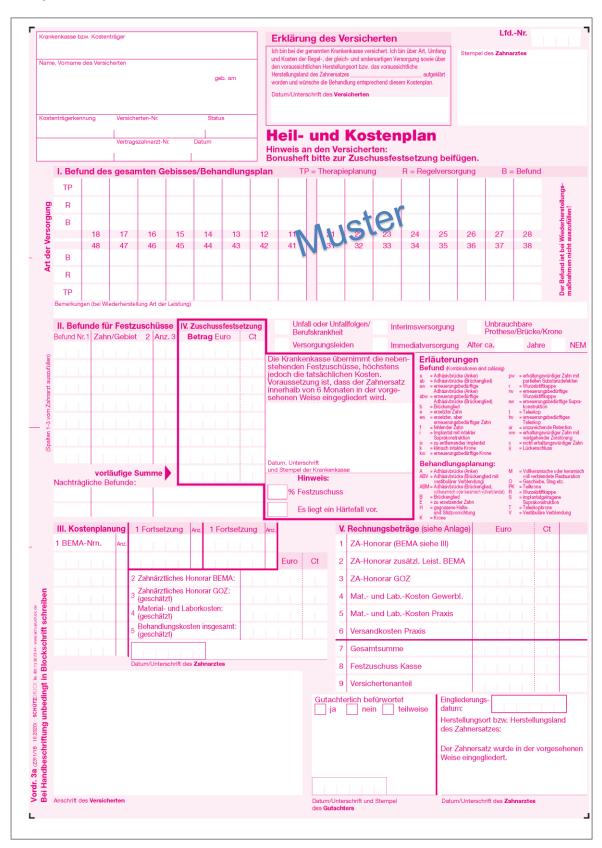
Vordruck 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Gültig ab 01.07.2018

Name	, Vorname des Versich	nerten		
			geb. am	Behandlungsplan für
Koste	nträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
		Vertragszahnarzt-Nr.	Datum	Kiefergelenkserkrankung
		Vertragszarmarzt-ivi.	Jacum	Kieferbruch
			sache des Unfalls s (nur bei Kiefergelenk	sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) kserkrankungen)
				Muster
\	/orgesehene B	ehandlung		
5	Stationäre Beh	andlung	Voraussichtli	iche Dauer: von bis
	Krankenhaus:			one baddi. You
-		hme der Kranker	nkasse (Begründung	
-	Kostenüberna	hme der Kranker die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt) verden übernommen werden nicht übernommen
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
-	Kostenüberna			ggf. auf besonderem Blatt)
	Kostenüberna	die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt)
	Kostenüberna Die Kosten für	die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt) verden übernommen werden nicht übernommen
	Kostenüberna Die Kosten für	die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt) verden übernommen werden nicht übernommen
	Kostenüberna Die Kosten für	die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt) verden übernommen werden nicht übernommen
	Kostenüberna Die Kosten für	die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt) verden übernommen werden nicht übernommen
	Kostenüberna Die Kosten für	die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt) verden übernommen werden nicht übernommen
	Kostenüberna Die Kosten für	die Behandlung		ggf. auf besonderem Blatt) verden übernommen werden nicht übernommen

Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.10.2020



Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 01.10.2020

			Heil- und Kos	tenplan Teil	12
Name des Patienten		:	Zahnarztpraxis		
L	M	uster			
	leil- und Ko	estenplan vomden entsprechend nachfolgender Aufs	tellung voraussichtlich fo	olgende Kosten/Eige	enanteile anfa
Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung		Anzahl	Betrag El
Zahnärztliches H	onorar GOZ (ei	ntsprechend Zeile III/3 HKP):		EUR	
	·	entsprechend Zeile III/1 und 2 H			
		prechend Zeile III/4 HKP):			
		eile III/5 HKP):			
·	•				
Unvorhersehbare Unvorhersehbare	eine und konse Leistungen, Veränderunger		n nach der GOZ sind nandlung ergeben, itaufwandes der einz	in den Beträgen werden gesond elnen Leistungen rgung entspreche	nicht entha ert berech , der Umstä
Datum / Unterschrift des Zal			m / Unterschrift des Versicherte r	1	
	eine dem Befu	Kosten der Regelversorg nd entsprechende Regelversorg	-	htlich in der Höh	e des
	00%			EUR	
Festzuschuss 1					
		gesetzte Festzuschüsse		EUR	

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 1

Auszug aus Ste Kontaktdaten: z		en: Nai	me Zal	_					_		org	ung				
. Versichert	e / Vers	iche	rter				7									
Name, Adresse	Zahnarztp	<u>raxis</u>						Gebur	tsdatum							
Anrede Vorname Na Straße Haus PLZ Ort			cherte	/r				Name	der Krai	nkenkas	se A	λS	te	75		_ _ _
I. Befund (B), Rege	lvers	orgu	ng (R), The	erapie	epl	anun	g (TP)						
TP R]									TP R
В							1									В
18 17 48 47		15 45	14 44	13 43	12 42	11 41		21 31	22 32	23 33	24 34	25 35	26 36	27 37	28 38	
B R				├		\vdash	$\frac{1}{2}$									B R
TP							1									TP
Zusätzliche E													orgur	ng		_
Zahnärztliche	s Honor	ar BE	MA:											_,	(EU	 JR)
Material und	Laborko	sten (gesch	ätzt):										_,	(EU	JR)
Behandlungs	kosten ir	nsges	amt (g	jeschä	ıtzt):									_,	(EU	JR)
Abzüglich des			chen f	=estzu	ischus	sbetra	age	s:						_,	(EU	JR)
Ihr voraussi	chtliche	r Eige	nante	eil:										,	(EU	IR)
						Dat	tum,	Untersch	rift der Z	Zahnärzt	in / des 2	Zahnarzt	es			_
/. Erklärung	der/de	s Ver	siche	erten												
Ich bin bei de gung und de lungsort bzw	r davon das vor	abwe aussi	icheno chtlich	den Be ne Hers	ehand stellur	llungsa ngsland	alte d d	rnative es Zah	en sov nnersa	wie üb atzes_	er de	n vora	ussic	htlicher		
aufgeklärt wo	nach an															

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite 2

Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	VI. Weitere Angabe	folgen / Berufskrankheit	☐ Versorgungsleiden	
□ Interimsversorgung OK □ Interimsversorgung UK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM /II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr.	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl IIII. Kostenplanung IIII. Kostenplanung IIII. Kostenplanung	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM □ III. Befunde für Festzuschüsse □ Sefund-Nr.	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	□ Interimsversorgung OK □ Interimsversorgung UK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM □ N	Interimsversorgung OK Interimsversorgung UK Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre NEM I. Befunde für Festzuschüsse Defund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM □ III. Befunde für Festzuschüsse □ Sefund-Nr.	□ Interimsversorgung OK □ Interimsversorgung UK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM //II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr.	□ Interimsversorgung OK □ Interimsversorgung UK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM /II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr.				
Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre Alter ca	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	_	_		
/II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl /III. Kostenplanung	III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl IIII. Kostenplanung	II. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	III. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	III. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	II. Kostenplanung	III. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl III. Kostenplanung	/III. Kostenplanung	/II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl /III. Kostenplanung	☐ Unbrauchbare Pro	othese/Brücke/Krone OK	☐ Unbrauchbare Prothese/Brü	icke/Krone UK
/III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	II. Kostenplanung	III. Kostenplanung	/III. Kostenplanung	/III. Kostenplanung	□NEM			
/III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	III. Kostenplanung	II. Kostenplanung	III. Kostenplanung	/III. Kostenplanung	/III. Kostenplanung	VII. Befunde für Fe	stzuschüsse 👢 👢 1	ctel	
												Zahn/Gebiet	12.	Anzahl
												<u> </u>		
											/III. Kostenplanund	1		
All	ALIENTI ALIENT	THE COLONIA CO	All		THE PROPERTY OF THE PROPERTY O	FILE OF THE PROPERTY OF THE PR	THE MILE AND THE PARTY OF THE P	ALICALIA PALICALIA PARA PARA PARA PARA PARA PARA PARA PA	THE STATE OF THE S	Allean Al			BEMA-Nr	Anzahl
												7.11.24.11		, mean

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.10.2023

Seite Anhang

Anl	nang	g: Erläuterungen		Muster
Befu	nd:			VVIDS
a ab abw aw b bw e	= = = = =	Adhäsivbrücke (Anker) Adhäsivbrücke (Brückenglied) erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied) erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker) Brückenglied erneuerungsbedürftiges Brückenglied ersetzter Zahn	se sew sk skw so	 ersetz er Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese implantatgetragene intakte Krone erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
ew f ix k kw pw	= = = =	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn fehlender Zahn zu entfernendes Implantat klinisch intakte Krone erneuerungsbedürftige Krone erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Sub-	sow st stw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Å.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn implantatgetragene Teleskopkrone erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
pkw r rw sb sbw	= = =	stanzdefekten erneuerungsbedürftige Teilkrone Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit er- neuerungsbedürftigem ersetztem Zahn implantatgetragenes Brückenglied erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied	t t2w - tw ur ww x)(Teleskopkrone erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone erneuerungsbedürftige Teleskopkrone unzureichende Retention erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung nicht erhaltungswürdiger Zahn Lückenschluss
Ther	anier	lanung:		
A A B B B B B B B B B B B B B B B B B B		Adhäsivbrücke (Anker) Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet) Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung) Brückenglied Brückenglied vollkeramisch oder keramisch volverblendet Brückenglied mit vestibulärer Verblendung zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung gegossene Halte- und Stützvorrichtung Krone mit Halteelement Krone vollkeramisch oder keramisch vollverble det mit Halteelement Krone vollkeramisch oder keramisch vollverble det mit Geschiebe Krone mit vestibulärer Verblendung und Hal- teelement Krone mit vestibulärer Verblendung und Hal- teelement Krone mit vestibulärer Verblendung und Ge- schiebe Teilkrone Teilkrone Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverble det mit Geschiebe Krone mit vestibulärer Verblendung und Ge- schiebe Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollve- blendet Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollve- blendet Teilkrone mit vestibulärer Verblendung Wurzelstiffkappe mit zu ersetzendem Zahn implantatgetragenes Brückenglied implantatgetragenes brückenglied	SE SEO SEO SEO SKM SKMO SKO SKV SEN- SKVO SEN- STM STV T TM TV T2 T2M T2V	vollverblendete Krone mit Geschiebe = implantatgetragene Krone mit Geschiebe = implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblen- dung
01 02 03 04 05	mediz z. B. A eigner Zahne Indika Begrü Schlo Langz Topog Lücker Verwe	nen Bemerkungen: inische Indikation Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nict iersatz verloren tion BEMA 98e ndung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinis ndung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxis tterkamm, etc.) reitprovisorium graphische Lage nschluss im Verblendbereich endung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff rramische Restauration	11 12 13 schen 14	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld "zusätzl. Erläuterung") Wiederherstellung/Bruch Wiederherstellung/Sprung Wiederherstellung/Unterfütterung partiell Wiederherstellung/Unterfütterung total Erosionsgebiss Erweiterung Haliteelement Erweiterung Zahn/Zähne Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freiendsituation Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld "zusätzl. Erläuterung") Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a

Gültig ab 01.10.2023

Seite 1

Planung abweicl	g und henden				ewün	schte	n,	von	de	r R	egel	ver	sorg	gunç
(Auszug aus (Kontaktdate	Stempeldat	en: Name	Zahnarzt,	•	Praxis,	Adresse	Praxis,)						
I. Versich	erte / Ver	sicherte	r											
Name, Adre	esse Zahnarzt	praxis				Gebu	tsdatum							
Anrede Vorname	Nachname	e Versiche	erte/r			Version	hertennı	ummer						
	ausnumme					Name	der Kraı	nkenkas				•		
						Antrag	gsnumme	er	۸.	10	te	+		
								4	1	حر				
II. Befund	(B), Reg	elversor	gung (R), The	erapie	planun	g (TP)						
TP R														TP R
B 18	17 16		14 13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	В
B 48	47 46	45 4	14 43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	В
R TP														R
III. Bemer	kungen		·										•	
	hen, s. Anh	nang:												
Zusätzlich	ne Erläuter	ungen:												
IV. Voraus Behan		e Koste	n für d	lie ge	ewüns	chte, v	on d	ler R	egelv	erso	rgung	g ab	weich	hend
	GOZ-Nr	:	Leistung	sbesch	nreibun	g				Т	Anzah	I E	Betrag	EUR
Zahn/														
Zahn/ Gebiet														
						ie	_{tunge}	n						
				Tab	_{pelle} G	OZ-Leis	_{tunge}	n oar						
				Tab nac	_{oelle} G ch Bed	OZ-Leis arf verlä	_{tunge}	n oar						
				Tab nac	_{belle} G ch Bed	OZ-Leis arf verlä	_{tunge}	n oar						
				Tab na0	_{oelle} G ch Bed	OZ-L ^{eis} arf verl ^ë	_{ttunge}	n oar						
				Tab nac	_{oelle} G ch Bed	oZ-Leis arf verl [‡]	_{tunge} ingert	n par						

Gültig ab 01.10.2023

Seite 2

Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt): Material und Laborkosten (geschätzt): Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	(EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt): Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	(EUR)
	(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 enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergebe berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufw Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenverstanden der Methode können der Methode	en, werden gesondert vandes der einzelnen
Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes	
/. Zum Vergleich: Das wären die Kosten bei Wahl der Regelversorgung	
Der Gemeinsame Bundesausschuss legt jährlich Festzuschüsse zum Zahnersatz fest Höhe von 100 % entspricht dabei den Kosten, die durchschnittlich für die Regelver Versicherte aber, von Härtefällen abgesehen, einen Eigenanteil übernehmen müsse kasse lediglich Festzuschüsse je nach Bonusheft in Höhe von 60, 70 oder 75 %.	rsorgung anfallen. Da
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)
/l. Erklärung der/des Versicherten:	
Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kos gung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den vorau lungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes	
aufgeklärt worden und wünsche die von der Regelversorgung abweichende Behar der Kostenaufstellung zu IV.	ndlung entsprechend
Datum, Unterschrift der/des Versicherten	
Bitte bei Einverständnis diese Patienteninformation unterschrieben an die Praz Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.	

Gültig ab 01.10.2023

Seite 3

III. Befunde für Festzuschüsse	Interimsversorgung OK Interimsversorgung UK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	Immediatversorgung OK	□ Immediatversorgung OK □ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM IIII. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr.	VII. Weitere Angal			
□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr.	Interimsversorgung OK Interimsversorgung UK Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre NEM II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl Kostenplanung	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM □ IIII. Befunde für Festzuschüsse □ Sefund-Nr.	Interimsversorgung OK Interimsversorgung UK Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre NEM II. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl Kostenplanung	Interimsversorgung OK Interimsversorgung UK Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre NEM III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl Kostenplanung	□ Interimsversorgung OK □ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre □ NEM III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr.				
Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre NEM III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl C. Kostenplanung	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre Alter ca Jahre NEM	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK Alter ca Jahre		_		
Alter ca Jahre	Alter ca Jahre	Alter ca Jahre	Alter ca Jahre	Alter ca Jahre	Alter ca Jahre				
III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl C. Kostenplanung	II. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl Anzahl Anzahl Anzahl Anzahl	III. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl Anzahl C. Kostenplanung	II. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl Anzahl Anzahl Anzahl Anzahl	III. Befunde für Festzuschüsse Sefund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl Anzahl Z. Kostenplanung	III. Befunde für Festzuschüsse Befund-Nr. Zahn/Gebiet Anzahl C. Kostenplanung				e/Bracke/Krone OK
C. Kostenplanung	. Kostenplanung	X. Kostenplanung	. Kostenplanung	Kostenplanung	C. Kostenplanung	□NEM		LOT	
C. Kostenplanung	. Kostenplanung	X. Kostenplanung	. Kostenplanung	Kostenplanung	C. Kostenplanung	VIII. Befunde für F	estzuschüsse	ister	
						Befund-Nr.	Zahn/Gebiet		Anzahl
						IV Kostonnian	_		
DEWA-NI. ARIZAIII	DEWA-NI. Anzani	AIIZAII DEWA-IVI. AIIZAII	DEWATH. AILANI	DEWATH. AILANI	DEWA-NI. ANIZAM			REMA.Nr	Anzohl
						BEIWA-NI.	Alizalii	BEIVIA-IVI	Alizaili

Gültig ab 01.10.2023

Seite Anhang

Befur				
a ab	=	Adhäsivbrücke (Anker) Adhäsivbrücke (Brückenglied)	se	= ersetzter Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Pro- these
abw	=	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)	sew	 ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer im- plantatgetragenen (Teil-)Prothese
aw	=	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)	sk	= implantatgetragene intakte Krone
b	=	Brückenglied	skw	= erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
bw e	=	erneuerungsbedürftiges Brückenglied ersetzter Zahn	so	 implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopf anker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
ew	=	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	sow	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbin-
f ix	=	fehlender Zahn zu entfernendes Implantat		dungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneu erungsbedürftigem ersetztem Zahn
k	=	klinisch intakte Krone	st	= implantatgetragene Teleskopkrone
kw pw	=	erneuerungsbedürftige Krone erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Sub-	stw	 erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskop- krone
ρw	_	stanzdefekten	t	= Teleskopkrone
pkw	=	erneuerungsbedürftige Teilkrone Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn	t2w	 erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskop- krone
r rw	=	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit er-	tw	= erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
		neuerungsbedürftigem ersetztem Zahn	ur	= unzureichende Retention
sb sbw	=	implantatgetragenes Brückenglied erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes	ww x	 erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung nicht erhaltungswürdiger Zahn
"		Brückenglied)(= Lückenschluss
Thera	piep	lanung:		A. ICTE
Α	=	Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	
ABM	=	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch o- der keramisch vollverblendet)	SE	Verblendung = zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen
ABV	=	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer		(Teil)Prothese
В	_	Verblendung)	SEO	
BM	=	Brückenglied Brückenglied vollkeramisch oder keramisch voll-	SK	(Teil-)Prothese mit Stegverbindung = implantatgetragene Krone
		verblendet	SKM	f = implantatgetragene vollkeramische oder keramisch
BV E	=	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung zu ersetzender Zahn	SKMO	vollverblendete Krone MO = implantatgetragene vollkeramische oder keramisch
EO	=	zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung		vollverblendete Krone mit Geschiebe
H K	=	gegossene Halte- und Stützvorrichtung Krone	SKO SKV	
KH	=	Krone mit Halteelement		dung
KM	=	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblen- det	SKVO	O = implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblen- dung und Geschiebe
KMH	=	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblen-	so	= implantatgetragenes Verbindungselement (Kugel-
KMO	_	det mit Halteelement	ST	knopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn = implantatgetragene Teleskopkrone
KMO	=	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblen- det mit Geschiebe	STM	
KO	=	Krone mit Geschiebe	OTI (vollverblendete Teleskopkrone
KV KVH	=	Krone mit vestibulärer Verblendung Krone mit vestibulärer Verblendung und Hal-	STV	 implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
		teelement	T	= Teleskopkrone
KVO	=	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe	TM	 Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollver- blendet
PK	=	Teilkrone	TV	 Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
PKM	=	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollver- blendet	T2 T2M	 Sekundärteil einer Teleskopkrone Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch ode
PKV	=	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung		keramisch vollverblendet
R SB	=	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn implantatgetragenes Brückenglied	T2V	 Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
SBM	=	implantatgetragenes vollkeramisches oder kera-		verbicituding
		misch vollverblendetes Brückenglied		
Kenn	zeich	en Bemerkungen:		
		nische Indikation llergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht ge	10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld "zusätzl. Erläuterung")
	eignet		11	1 Wiederherstellung/Bruch
		rsatz verloren ion BEMA 98e	12 13	
	Begrüi	ndung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinische	n 14	4 Wiederherstellung/Unterfütterung total
	Begrüi	ndung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus	s, 15	
		terkamm, etc.) eitprovisorium	16 17	
05	Topog	raphische Lage	18	8 Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freiendsituation
		nschluss im Verblendbereich ndung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	19	9 Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld "zusätzl. Erläuterung")
		ramische Restauration	20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
			21	1 Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Gültig ab 01.10.2023

	nkasse bzw								Direktabrechnung Zahnersatz									
Name,	Vomame d	es Versich	nerten			, co	b. am		Hinweis an den Versicherten: Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit de									
						go	o. am		Ge	esamt	cnen : rechn lung d	ung	bei II	rer k	Kranke	enkas		
Kosten	trägerkenni	ıng	Versiche	rten-Nr.		Statu	JS									r		
Abrech	nungs-Nr.	I	Zahnarzt	-Nr.		Datum							۸,	19	te	15		
Befu	ınd (B) Re	gelve	rsor	auna	(R) -	Thera	nien	lanı	una (TP)	1	M					
TP		<i>)</i> ,	90.10			(· ·,,		 	7	ug (·· ,		Ι					TP
R									j									R
В				15			10]					0.5		07		В
	18 48	17 47	16 46	15 45	14 44	13 43	12 42	11 41	1	21 31	22 32	23 33	24 34	25 35	26 36	27 37	28 38	
В									4									В
R								_	4									R
TP									J									TP
	ragsnu nehmig										Höhe (estzus	chuss	es in l			100
														17	ucchi	iccha		
	funde										A	.1				ussu	eträg	
	funde und-Nr.			ischi nn/Gel							Anzah	ıl			uro		Ct	
											Anzah	ıl				ussbe		
Befu			Zah	in/Gel							Anzah	ıl				usspe		
Befu Nac	und-Nr.	che Be	Zah	nn/Gel	piet						Anzah	ıl						
Nac Ges	ehträglie samtsu	che Bo	Zah efunde Festz träge	e zusch	piet						Anzah	il		E				
Nac Ges Rec ZA-	ehträglie samtsu chnun	che Bo	Zah Festz träge	e e e	üsse	D. D.C.					Anzah			E	uro	,	Ct	
Nac Ges Rec ZA- ZA-	ehträglie samtsu chnun Honora Honora	imme gsbe gsbe	Zah Festz tträge // A	e e e	üsse	en BEI	MA				Anzah			E	uro	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Ct	
Nac Ges Rec ZA- ZA- ZA-	ehträglie samtsu chnun Honora Honora Honora	imme gsbe gsbear BEN ar zusar GO	Zah Festz tträge IA A Z Z	e Leis	üsse						Anzah			E	uro		Ct	
Nac Ges Rec ZA- ZA- Mat	ehträglie samtsu chnun Honora Honora	imme gsbe ar BEN ar zusa ar GO; and La	Zah Festz träge IA A atzlich Z borko	e Leis	üsse stunge	blich)					Anzah	ıl		E	uro	110000	Ct	
Nac Ges Rec ZA- ZA- Mat Mat Vers	ehträglic samtsu chnun Honora Honora Honora erial- u erial- u sandko	gsbe ar BEM ar zusa ar GO; nd La nd La	Zah Festz Festz IA Borko borko Praxis	zusch e Leis sten (iüsse stunge gewer Praxis	blich)					Anzah			E	uro		Ct	
Nac Ges Rec ZA- ZA- Mat Mat Vers	ehträglie samtsu chnun Honora Honora Honora erial- u erial- u	gsbe ar BEM ar zusa ar GO; nd La nd La	Zah Festz Festz IA Borko borko Praxis	zusch e Leis sten (iüsse stunge gewer Praxis	blich)					Anzah			E	uro		Ct	
Record ZA-ZA-Matt Wers Ges	ehträglic samtsu chnun Honora Honora Honora erial- u erial- u sandko	mme gsbe ar BEM ar zusa ar GO, nd La nd La sisten F	Zah Festz träge JA borko borko Praxis Rech	e Leissten (nung	iüsse stunge gewer Praxis	blich)					Anzah			E	uro		Ct	
Record ZA-ZA-Mat Mat Vers Ges	ehträglie samtsu chnun Honora Honora erial- u erial- u sandko samtsu	gsbe gsbear BEN ar zus: ar GO; nd La nd La ssten F amme	Zah Festz träge JA borko borko Praxis Rech atum	e Leis sten (itisse stunge gewer Praxis (sbetr	rblich) s) ag					Anzah			E	uro		Ct	
Rec ZA-ZA-Mat Mat Vers Ges	chträglic samtsu chnun Honora Honora erial- u erial- u esandko samtsu gliederu stellung	gsbe gsbear BEN ar zus: ar GO; nd La nd La ssten F amme	Zah Festz träge JA borko borko Praxis Rech atum	e Leis sten (itisse stunge gewer Praxis (sbetr	rblich) s) ag					Anzah		empel der	E	uro		Ct	

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

	Kostenträger								_				
V	Manager					<u></u> ∐ I	KFO-Beha	ndlung	ısplan	1			
me, Vorname des	versicherten			geb. a	m		KFO-Thera	pieän	derun	g			
				gen. a	,,,		KFO-Verlä						
						Е	Behandlungs- Be	ginn der	I gsa III Vorrauss				
stenträgerkennun	g Ver	icherten-Nr		Status		k	oeginn Quartal Ve	rlängerung Quar					
	Verl	agszahnara	zt-Nr.	Datum		L			ı				
						KIG-	Einstufung ı						
Anamnes	e												
Diagnose	,												
ок										_	- 10		
								N		27	<i>81</i>		
UK									HU:	2,			
								10					
Bisslage													
							, \Box						
Therapie		rühbeh	nandlung	(KFO-Ric	chtlinie	Nr. 8 a	-c)	Frühe	Behan	dlung	(KFO-Ri	chtlinie I	Nr. 8 d)
ок													
UK													
UK													
UK Bisslage													
	Geräte												
Bisslage	Geräte												
Bisslage Verwend. Diagnos	tik- und						yen, ggf. ankreuzer						
Bisslage Verwend.	tik- und			maßnahi 18 Ä 934 a	men (Zø	ahl eintrag) d	5	7 a	12	116	
Bisslage Verwend. Diagnos: A 925 a	tik- und	0		28 Ä 934 a			a b c		5 131 a	7 a	12 c	116	L J voraussichtl. D der Behandlun
Bisslage Verwend. Diagnos: A 925 a	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c	d 130	131 a	b		116	voraussichtl. D der Behandlun Quartale
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	a b c	130 GebN	131 a	b	С		der Behandlun Quartale
Verwend. Diagnos A 925 a 117	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige	130 GebN	131 a	b	c	rte Material	der Behandlun Quartale
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige Leistungen	130 GebN	131 a	b nz.	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige	130 GebN	131 a	b nz.	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl.
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige Leistungen	130 GebN	131 a	b nz.	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige Leistungen	130 GebN	131 a	b nz.	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige Leistungen	130 GebN	131 a	b nz.	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige Leistungen	130 GebN	131 a	b nz.	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige Leistungen	130 GebN	131 a	b nz.	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	Sonstige Leistungen:	d 130 GebN	r. Ar	nkasse	c Geschätz u. Labork	rte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten
Verwend. Diagnos A 925 a 117 OK 119 UK 119 120	tik- und	6 a k	d Ä92	28 Ä 934 a	b	Ä 935 a	b c Sonstige Leistungen	d 130 GebN GebN	ir. Ar	nkasse	c Geschätz u. Labork	tte Material costen EUR	der Behandlun Quartale L voraussichtl. Gesamtkosten

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

Gültig ab 01.07.2018

	Mitteilung Vorname des Versicherten Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1
ivame,	Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)
Koster	trägerkennung Versicherten-Nr. Status Vertragszahnarzt-Nr. Datum
	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)
i4 - www.achuetzdnick.de	erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.
Verd:-Nr. Z 132/MEU 072016 SCHÜTZ DRUCK 'na ds:11) gr. 7444	Mit freundlichen Grüßen
VordrNr. Z1	(Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Gültig ab 01.07.2018

Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV- 1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang amabgeschlossen. 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	z)
1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang amabgeschlossen. 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	z)
Die kieferorthopädische Behandlung wurde in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang amabgeschlossen. 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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde und Reparaturen zusätzlich notwendig sind eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist, aufgrund von	Ш
Reparaturen zusätzlich notwendig sind eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist, aufgrund von	
eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist, aufgrund von	
	Ш
Sonstiges:	П
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:	

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

	inbarung	olgevereinbarung	Vereinbaru	ıngsnummer:
[Anrede] [Vorname	se Zahnarztpraxis] Nachname Versich usnummer]	nerte/r]	Vertragszahnarztstempel	
	die vorgesehen	t abweichend von Zahlur	igspflichtiger / vom Zahlungspflichtig sche Behandlung folgende n vereinbart:	•
Leistungen Privatzahnä Abzüglich vo <i>Zwischensul</i> Voraussichtl	rztliche Leistungen on der Krankenkas mme	nach GOZ/GOÄ se zu tragender Ko al- und Laborkoste	stenanteil nach BEMA n	Betrag in EUR
alternativer Meine Zahn erklärt. Sie/e bei der mei zusätzlich z Behandlung Im Wissen Behandlung	n, Verpflichtung z ärztin/mein Zahna er hat mich informie ne Krankenkasse rahlen muss. Hier ist erprobt, sie ent um den grundså wünsche ich für di	ur Übernahme von zt hat mir verschie rt, dass ich Anspru alle Kosten trägt auf haben gesetz spricht dem Stand itzlichen Anspruch	dene kieferorthopädische Bel ch auf eine kieferorthopädisch (Leistungen nach BEMA) und lich Krankenversicherte eine der zahnmedizinischen Wisse n auf eine zuzahlungsfreie ben genannten privaten Leistu	nandlungsmethode e Behandlung habe d bei der ich nicht n Anspruch. Dies enschaft. kieferorthopädisch
			Ort, Datum	

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

tur į		oarung über Mehr- und Zusatzleistung ne Nachname Versicherte/r]	en bei de	r kiere	егоппорад	ischen i	senandlung gemais § 29 Abs. 7 SG		nbarungsn	ummer:
Erlä	uterung	zur Tabelle							1.16	ste
	er Leist								NU:	200
		stungen: Einen Teil der Kosten für diese I	_	_			<u> </u>	sse.	1	
		eistungen: Die Kosten für diese Leistunge Leistungen im Zusammenhang mit der ki	-		-					
		Leistungeri in zusammennang mit der ki I Versicherte/r:	si Gi Gi ti i Ope	االكوالية	on Denarium	ang. DIC	noster for diese Eelstungen tragt von	randig die/	uci vcialcii	CI IC.
		ufstellung beruht auf den aktuellen Vergü können sich z.B. Vergütungen und Pre								
		kann auch sein, dass sich die Behandlun						1 101443310	maiorio 1105	teriantene and
		Privatzahnärztliche Leistung nach GOZ/GOÄ, ggf. Erläuteru					Von der Krankenkasse zu tragender Kostenantell nach	BEMA		Kostenantell Versicherte/r
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag (€)	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag (€)	Betrag (€)
						_				
						<u> </u>				
					abelle na	ch Be	darf			
				1	abelle na namisch	verlän	gerbar			
			1	dy	namison					
_				-				_		
Zwi	chensu	mmo				_				
2111	ocnensu	mme				l				
		V	oraussichtlic	her Ko	stenanteil de	r/des Ver	sicherten für die obenstehenden privatzah	närztlichen L	eistungen	
							Voraussichtliche private Mat			
					Von	der/dem	Versicherten voraussichtlich insgesamt	zu zahlend	er Betrag	

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2021

nkenkasse buw. Kostenträger ne, Vorname des Varsicharlen			PARODONT	ALSTATUS Blatt
ne, vorname des versichenen	geb. am)	vom	<u> </u>
denträgerkennung Versicherben-Nr. Jahnazzi-Nr. Zahnazzi-Nr.	Status Datum		Mus	ster
Allgemeine und parod Diabetes mellitus Tabakkonsum	ontitisspezifische A Sonstiges:	namnese		Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca.
- 100000 A) (7 No. 1000	station systemischer El betreffende Zustände: g	4100 CL - 550 K	ale Vergrößerungen	,
Stadium (Schweregrad, o				DI T DI
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	Stadium	2tadium II 15 – 33 % (3 – 4 mm)	Stadium III	Stadium IV > 33 % (≥ 5 mm)
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		lein	≤ 4 Zähne	≥ 5 Zāhne
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		ST = 5 mm, prwiegend prizontaler KA	ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
Ausmaß/Verteilung (fü		m) neralisiert (≥ 30 %	der Zähne) Mol	aren-Inzisiven-Muster
Grad (Progression)	Grad	A [Grad B	Grad C
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	< 0,25		0,25 - 1,0	> 1,0
Diabetes	Kein [liabetes [HbA 1c < 7,0 %	HbA 1c≥7,0 %
Rauchen	Kein F	tauchen [< 10 Zig./Tag	2 10 Zig./Tag
Anschrift Krankenkasse			Entscheidung der Krant Die Kosten der vorgesehen werden übernommen Datum, Unterschrift und Stempe	en systematischen PAR-Behandli werden nicht übernommen

Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Gültig ab 01.07.2021

Krankenkasse bz Name, Vorname o				PAROD		STATUS Blatt 2
		geb. a	m	VOIII		-
Kostenträgerkenn	rung Versicherten-N	ir. Status				
Abrochnungs-Nr.	Î	Datum			Nust	S L
линилинд-те.	Zamazi-wi.	Datum			Va.	
				•		
AIT			100	10 10 10	31 (8	10 10 10
FB						
San and				a a		
Oberkiet	fer MYN MYN	$\wedge \wedge \wedge$	ΛΛ		M 0	, mm m
$\{V\}$	V V I	$(\setminus \{ \}) \{ \} $	1 /1 /1		1/11/	V V V V
					JUJL	
	rechts		26.26			links
HI						
TAY	MIMI	7444			74-74	ALL LANGE
-1/11	(A)(A)	$\langle / \setminus / \setminus \rangle$	$I \setminus I \setminus I$		$I \setminus I \setminus I$	MMMM
Unterkie	fer	V V V	0 0	0 0 0	V V	
FB						
AIT	9 8	(i)	ip iii	i e se a	1 7	
AIT	- 4		10	N N 0		
Bemerku	ngen:					
19. 19. marina			-			
_	e Leistungen			Gutachten		
GebNr.	Anzahl 1					
ATG	1			Gutachtlich be	efürwortet	
AIT a	1					
AIT b				Gutachtlich ni	cht befürwortet	
BEV a	1				auf gesondertem	Blatt)
Frequenz	der Anzahl					
UPT						
	schrift und Stempel des	Zahnarztes	197	Datum, Unterschrift und Sten	pel des Gutachters	
Datum, Unter						
Datum, Unter				T I		
Datum, Unter						
Datum, Unter						
Datum, Unter						
Datum, Unter						
Datum, Unter						

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

Gültig ab 01.07.2021

Krankenkasse bzw. Kostenträger	20	
Name, Vorname des Versicherten	gob, am	
	gob. am Muster Muster	
Kostenträgerkennung Versiche	nortion-Nr. Status	
Abrechnungs-Nt. Zahnaz		
Pad September 195	Access Constitution of the	
Jacob		
Mitteilung	über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)	
gemäß § 1	12 Abs. 1 der PAR-RL	
Es werden v	weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapi	e
	ontalstatus vom notwendig.	·
Folgende Le	eistungen werden angezeigt:	
GebNr.	Zahnangabe	
CPT a		
CPT b		_
appearance of the second secon		
- and a second of a		
III TI A man white decounts		
X 's, geni (g') si na nachegonice;		
OPDICX is general as an absolution		
Datum, Unterschifft und	nd Stempel des Zahnarztee	
Datum, Uniterschifft und	id Stempel des Zahnarztes	
Datum, Unterschifft und	id Stempel des Zahnarztes	
Datum, Unterschifft und	nd Stempel des Zahnarztes	
Datum, Unterschifft und	nd Stempel des Zahnarztes	
Datum, Uniterschifft und	nd Stempel des Zahnarztes	
Datum, Uniterschifft und	id Stempel des Zahnarztes	
Vords. Sc come of 2000 between a 2 also galige Schild Schild as a senior of the senior	id Stempel des Zahnarztee	

Vordruck 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Gültig ab 01.06.2023

	sse bzw. Kostent		geb.am	gemäß § 13 Abs. 4 PA	Parodontitistherapie (UPT)
Kostenträg Abrechnun		Versicherten-Nr. Zahnarzt-Nr.	Status Datum	M	uster
	Datum de An den fo		en liegen no	Grad (Progression) nad ch behandlungsbedürftige Parod Sondierungsbluten oder mit Sond	ch PAR-Status: A B C
	 Es wi		den Verlänge	UPT um den Regelzeitraum von 6 erungszeitraum über den Regelze tzusetzen. Dies wird wie folgt beg	eitraum von 6 Monaten hinaus
				Gutachten Gutachtlich befürwortet Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)	Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten für die Verlängerung der UPT werden übernommen werden nicht übernommen
	. Datum, Unter	rschrift und Stempel d		Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

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

Gültig ab 01.07.2021

Krankenkasse bzw. Kos	enträger					on Parodonti Versicherten
Name, Vorname des Ver	sicherten	geb. am	nach § 22 gemäß A	2a SGB V bschnitt B \	/. Ziffer	
			der Beha	ndlungsrich	ntlinie	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	vom			
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	1 10111			
			J			
Begri	ündung:					
_						
Eir	geschränkte	oder nicht vorha	ndene Fähigkeit z	ur Aufrechterhal	ltung der M	lundhygiene
Ein	geschränkte	oder nicht vorha	ndene Kooperatio	nsfähigkeit		
			notwendig – ges		nehen	
_						
			gemeinnarkose no			
	≥ 6 mm (an		i denen ein offen	es Vorgehen er	Torderlich i	ist, erfolgt dieses
0.07	stalla dar AIT					
ans	stelle der AIT)					
ans	stelle der AIT)					
Folge	nde Leistu	ıngen werde			1	
Folge	nde Leistu				1	Anzahl
Folge	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Folge	nde Leistu	ıngen werde			4	Anzahl
Geb 4 AIT a	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT b	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT b	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT b	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT b	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT b	nde Leistu	ıngen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu	ingen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu Nr. Za a a b	ingen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu Nr. Za a a b	ingen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu Nr. Za a a b	ingen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu Nr. Za a a b	ingen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu Nr. Za a a b	ingen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu Nr. Za a a b	ingen werde				Anzahl
Geb 4 AIT a AIT I CPT	nde Leistu Nr. Za a a b	ingen werde				Anzahl

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Auftrag zur Begutachtung Name und Anschrift des Gutachters	US ter Name, Vormanne des Versicherten geb. ar
W.	
	Versichertennummer Name des Zahnarztes
	Anschrift des Zahnazztes
	Anscrint des Zannatztes
Wir bitten um Begutachtung der	
vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem	Zutreffendes ankreuzen
Heil- und Kostenplan vom	ZE ZE
ausgeführten prothetischen Leistungen,	
eingegliedert am	Mâ
vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankung	
nach dem Behandlungsplan vom	KB KB
vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung:	KFO
Behandlungeplan vom	
Verlängerungsantrag vom	
Therapieänderung vorn	
KIG-Einetufung vom	
Antrag auf nachträgliche Leistungen vom	
vorgesehenen PAR-Behandlung nach dem PAR-Status	PAR
vom	
 vorgesehenen Verlängerung der UPT nach dem Verlänge vom 	erungsantrag PAR
Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fra	igen:
(Ort / Datum)	(Stempel der Krankenkasee und Untersch
Hinweis an den Zahnarzt:	

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

Gültig ab 01.06.2023

	nschrift	der Kra	ankenka	isse						7	Nar	ne, Vor	name d	er/des	Versich	erten	geb. am
											144	10, 101	iiuiiic c	ciracs	0013101	citcii	ges. am
											Ver	sicherte					
																ste	31
													1	//	7:) r.	
Die Erste	llung	des	Gutad	chten	s übe	er											
	_		nene p prothe				_	_	nach	dem	Heil-	und	Koste	enpla	n vor	n	
□ de	n PAf	R-Be	handl	ungs	plan i	(PAR	:-Stat	us) v									
	-		nene \ ungsp		-	-					_						-
erfolgte a			•		_		_			s Pat	_						
Das Zahnsc	hema is	t nur b	ei der B	egutacl	ntung e	iner Ve	rsorgur	ıg mit Z	ahners	satz aus	zufülle	n.					
Das Feld " B e Das Feld " A e	efund"	ist nur :	auszufü	llen, we	enn Ábv	veichur	igen vo	m Heil-	und K	ostenpl	an fest	gestellt			wird.		
Ausgeführte Versorgung																	Hinweis:
Befund																	Es sind die vertraglich ver einbarten Befund- und Th rapiekürzel gemäß den Vo
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	drucken 3c und 3d der A lage 14a zum BMV-Z in d
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	jeweils aktuellen Fassur einzutragen.
Ausgeführte Versorgung		\vdash	+														
				<u> </u>	l	<u> </u>	<u> </u>	l			<u> </u>			l			
Ergebnis 1. Der H		nd Ko	osten	olan.	der F	PAR-I	3eha	ndlur	aspl	an. di	e Ve	rläng	eruno	ı der			
UPT,																□ ја	☐ teilweise ☐ nei
2. Die au	usgefi	ührte	n pro	thetis	chen	Leis	tunge	en sir	nd fre	i von	Fehl	ern u	nd M	änge	ln	□ ја	□ nei
					he V	ersor	gung	ents	prich	t den	n gen	ehmi	gten			□ ja	□ neii
3. Die au	and it	OOLO	pian													,u	
Heil- ı		/E _ 11 _	-l	N - 4	. : . 1.4		. :	12:14:2	- :	: 4	D	_44	4	`			
	ung	(falls	der F	Platz r	nicht	ausre	eicht,	bitte	ein v	veiter	es B	att nı	utzen)			

Vordruck 6c: Ergebnis Begutachtung (KFO)

Gültig ab 2016

		Mn	ster
Name und Anschrift der Krankenkasse	\neg	Name, Vomame des Versicherten	geb. a
		Namich adams unang	
		Versichertennummer	
	rortho	pädische Behandlun	g
Die Erstellung des Gutachtens über		> \/	
□ KFO-Behandlungsplan vom □ KFO-Therapieänderung vom			Π
☐ KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom		_	
erfolgte am Untersuchung des Patient			
	_		
Ergebnis 1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet	□ja	☐ mit Einschränkung	☐ nein
Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet		mit Einschränkung	nein
0 0		Quartale	_
3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet	☐ ja	☐ mit Einschränkung	nein
Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt	□ja		nein, welche
5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen			
wird befürwortet 6. Die Material- und Laborkosten sind angemesser	□ja n □ ia	☐ mit Einschränkung	☐ nein ☐ nein, Höhe
· ·	_,		
Begründung (falls den Angaben des Zahnarztes / Kieferort	nopäden nie	cht gefolgt wird, ggf. abweichende C	3ebühren-Nummern angeber
Name und Anschrift des Zahnarztes			

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

			Muster
Name und Anschrift der Krankenkasse		Name, Vornam Versichertennu	ne des Versicherten geb. am ummer
	Abrechnung	der Begutachtu	na
Die Erstellung des Gutachtens über	_	doi Dogutuonta	··9
die vorgesehene prothetische V			plan vom
ausgeführte prothetische Leistu			
den PAR-Behandlungsplan nac			
die vorgesehene Verlängerung			
die Behandlungsplanung bei Kie	-		
 die KFO-Behandlung nach dem Einstufung / Antrag auf nachträg 			nerapieanderungsantrag / KiG-
	giiche Leistungen v	/om	
	_		SGB V "Implantologische Leistunger
	eindikation gemäß	§ 28 Abs. 2 Satz 9	SGB V "Implantologische Leistunger
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc	eindikation gemäß hung des Patiente	§ 28 Abs. 2 Satz 9	SGB V "Implantologische Leistunger
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc	eindikation gemäß hung des Patiente	§ 28 Abs. 2 Satz 9	SGB V "Implantologische Leistunger Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut	eindikation gemäß hung des Patiente tachters	§ 28 Abs. 2 Satz 9 n am	
☐ die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung	eindikation gemäß hung des Patiente tachters	§ 28 Abs. 2 Satz 9 n am	
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten	eindikation gemäß hung des Patiente tachters	§ 28 Abs. 2 Satz 9 n am	
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen	eindikation gemäß hung des Patiente tachters	§ 28 Abs. 2 Satz 9 n am	
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte	x Punktwert	
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag	eindikation gemäß hung des Patientei tachters Punkte en (z. B. Telefon, Porte	x Punktwert	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag Zwischensumme	eindikation gemäß hung des Patientei tachters Punkte en (z. B. Telefon, Porte	x Punktwert x Punktwert	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag Zwischensumme Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe de Rechnungsbetrag	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte en (z. B. Telefon, Porte r Umsatzsteuer	x Punktwert x Punktwert p, Verpackung)	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag Zwischensumme Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe de Rechnungsbetrag	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte en (z. B. Telefon, Porto r Umsatzsteuer¹ er Rechnungsnumm	x Punktwert x Punktwert 0, Verpackung)	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag Zwischensumme Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe de Rechnungsbetrag	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte en (z. B. Telefon, Porte r Umsatzsteuer	x Punktwert x Punktwert 0, Verpackung)	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag Zwischensumme Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe de Rechnungsbetrag	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte en (z. B. Telefon, Porte r Umsatzsteuer¹	x Punktwert x Punktwert 19 %	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag Zwischensumme Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe de Rechnungsbetrag Überweisung erbeten unter Angabe d Bankverbindung oder IK ²	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte en (z. B. Teiefon, Porti r Umsatzsteuer ¹ er Rechnungsnumm	x Punktwert x Punktwert 19 %	Beträge in EUR
die Feststellung einer Ausnahm erfolgte am Untersuc Kostenabrechnung des Gut Art der Leistung Gutachten Untersuchung des Patienten Sonstige Leistungen BEMA-Nr Kostenpauschale für bare Auslag Zwischensumme Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe de Rechnungsbetrag Überweisung erbeten unter Angabe d Bankverbindung oder IK ² IBAN	eindikation gemäß hung des Patiente tachters Punkte en (z. B. Teiefon, Porti r Umsatzsteuer ¹ er Rechnungsnumm	x Punktwert x Punktwert 19 %	Beträge in EUR

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

Gültig ab 2000

		tel	
Name und Anschrift des Gutachters	Mus	510	
Г	٦	Name der Krankenkasse	
		Name, Vomame des Versicherten	geb. am
		Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
		Versicherten-Nr	
L	_	L	
gung vorliegt. Eine Durchschrift dieses Auftrages ist de	m behandelnden Za	hnarzt übersandt worden.	
Name und Anschrift des Zahnarztes —	٦	Bitte stellen Sie die erforderliche genaufnahmen, Modelle, ausgef gutachtung von Implantaten") de züglich zur Verfügung.	üllter Vordruck "Be-

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

A B-Construction of the second North		men, Bei	fundberi	ichte) an d	en Gutachter senden.				
1. Befundunterlagen und Vorb			Cuta	ahtar			ī	Cutoob	
Vorbehandlung	∠an	narzt	Guta	chter	Befundunterlagen			Gutach	ter
							Ja		Vein
	Ja	Nein	Ja	Nein	Auswertbares Orthopantomogramm				
Konservierende Vorbehandlung ab-					(ggf. Messaufnahme) Auswertbare Zahnfilme				
geschlossen Endodontische Vorbehandlung ab-					Fixierte, auswertbare Modelle				
geschlossen Par-Behandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische G	esamtbe	-		
Chirurgische/kieferchirurgische Vor-	\vdash			+	handlung Untersuchung des Patienten hat stattg	efunden			
behandlung abgeschlossen									
2. Ausnahmeindikationen für in	nplanto	ologiscl	he Leis	stungen					
Größere Kiefer- und Gesichts- defekte liegen vor, die ihre Ur-	Zah	narzt	Guta	chter	Größere Kiefer- und Gesichts- defekte liegen vor, die ihre Ur-	Zahn	arzt	Guta	chter
sache haben in:	Ja	Nein	Ja	Nein	sache haben in:	Ja	Nein	Ja	Nei
Tumoroperationen	Ja	Neili	Ja	Nem	Unfällen	Ja	Neili	Ja	ivei
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme				
					Xerostomie (bei Tumorbehand- lung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Oste- opathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B.				
·	_				Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				
3. Gesamtbeurteilung des Zahn	arztes						Ja	N	ein
Eine Ausnahmeindikation für implanto	•		-		t VII der Richtlinien liegt vor		H	F	\dashv
Die konventionelle prothetische Verso	rgung o	hne Impl	antate is	st möglich			Ш	L	
					Datum, Unterschrift des Zahn	arztes			
4. Gesamtbeurteilung des Guta	chters						Ja	N	ein
Eine konventionelle prothetische Vers	orgung	ohne Imp	lantate	ist möglicl					
Der Behandlungsplan wird befürworte	t								
Der Behandlungsplan wird mit Änderu	ngen be	fürworte	t						
	t):								
Begründung (ggf. auf gesondertem Blat									
Begrundung (ggt. auf gesondertem Blat					21 22 23 24 25	5 26	3 I	27	Þя
Begrundung (ggr. auf gesondertem Blat 18	14	13 43	12 42	41	31 32 33 34 3			37	38

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 01.10.2020

Vorderseite



Rückseite



Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.01.2021

Zuzah- Lungs- Lu	A	tliche Heilmittelverd	
Vorrangige Heilmittel: KG	ktrostimulation ktrotherapie	oder Schlucktherapie Therapiedauer 30 min 45 min 60 min	1x 2x 3x Verordnungsmenge ggf. orgänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche 1x 2x 3x Verordnungsmenge
Indikationsschlüssel ICD-10 - Code			
Nording Management of the Control of		Zahnarztstempel / U	nterschrift des Zahnarztes

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmitteilverordnung, Rückseite

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	en erhalten zu haben Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1	,,,,,		
2			
3			
4		etel	
5	M	ster	
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
	sdaten des Heilmittelerbringers		
Rechnungsnum	imer 		
K des Leistung	serbringers Belegnummer		
Loistung	Bolegiumiel		
Behandlungsab	bbruch Nach Rücksprache mit dem Zah	norzt	
TITIMIM	Abweichung von der Frequenz	Harzt	
	von der Frequenz		
Begründung			

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

Vorname, Nachname				d Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen szahnärztliche Dokumentation) Ausgehändigt an Datum der Untersuchung
Status				Mundgesundheitsplan Koordination
Befund/Versorgun Oberkiefer	g	rechts	links	Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine □ Teilweise □ Vollständig □ Rechtl. Betreuer □
Totalprothese Teilprothese		8		Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) □ Angehörige □ Hausarzt □ Pflege-/Unterstützungspers. □ Angehörige □
Beläge rechts Beläge links		8	8	Apotheker Sonstige Bürste Hand Sonstige Bürste elektrisch Sonstige Dreikopfbürste Wo soll Behandlung erfolgen Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag)
Unterkiefer Totalprothese Teilprothese		8	1 18	Fluoridgel (1-mal je Woche) Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) Zunge reinigen (1-mal am Tag) Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag)
Beläge rechts Beläge links	_ _		links e zeichnen Sie othesenbasis ein	Speichelfluss fördern
Zustand Pflege				Sonstiges
Zähne	\odot	$ \odot $	⊜	Behandlungsbedarf
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch	©	<u> </u>	8	Füllung Zahnfleisch/Mundschleimhaut
Zahnersatz	©	<u></u>	⊗	Zahnentfernung ☐ Unterschrift Zahnersatz ☐ Zahnarzt

Vordruck 11: Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Gültig ab 01.07.2021

/omame:			Nan	ne:
den Überblic nöglichen B	k über das mögliche	Vorliege ie bei Ih	n und die Schwe	SI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierer ere einer parodontalen Erkrankung sowie de suchung festgestellten Werte können Sie de
Einteilung v und Unterk Sextanten (iefer in je drei		ter tanten stellter Code	Erläuterung der PSI-Codes
Oberkiefer 51	52	S1 S2 S3		Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder
8 5 6	55	S 4 S 5 S 6		Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überste- hende Füllungs-/Kronenränder Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm Sondierungstiefe größer 5,5 mm
Unterkiefer		sind I	mit einem Stern g	•
	iagnose	jeben sid		Diagnosen und Empfehlungen: , möglicher Untersuchungs- igsbed ar f
0 P	arodontal gesund		Keine Therapie regelmäßige Ko	notwendig, ontrolluntersuchung
	ahnfleischentzündung Gingivitis))		der Mundhygiene
(G Of	ahnfleischentzündung Singivitis), Zahnstein (berstehende Füllungs ronenränder	oder		der Mundhygiene, Zahnsteinentfernung überstehender Füllungs- und Kronenränder
3 4	erdacht auf Parodont	itis	erhebung einsc	der Mundhygiene, parodontale Befund- chließlich der Anfertigung von Röntgen- is der Diagnosestellung und der weiteren ng
	Messergebnis Code	3 ode	r 4 – über die 1	is, den möglichen Behandlungsbeda Notwendigkeit, einen klinischen und eine 2 zu stellen, informiert.

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite



Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

der Krankenkasse vorbehalten; des	gegenüber dem Krankenhaus bleibt shalb bitte diese Verordnung vor Auf- uständigen Krankenkasse vorlegen.
•	ostenübernahme durch die Kranken- enn, es liegt ein Notfall vor, und ein
Vom Krankenhaus auszufüllen:	Freigabe 01.09.2014
Krankenhausaufnahme	Verbindliches Muster
erfolgt(e) am	Ao.
	Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
Name, Vorname des Versicherten geb. am	Belegarzt- behandlung Notfall
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Unfall, Versorgungs- leiden (BVG) Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum Diagnose	
	Verbindliches Muster
	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Bitte dem Patienten gesondert mitgeben! Untersuchungsergebnisse	
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)	
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)	
Mitgegebene Befunde	
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!	Muster 2b (10.2014

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

	enträger	abe 01.09.2014	Krankenhaush	on oehandlung • Notwendigkeit zulässi
Name, Vorname des Ver	sicherten		process medicination	The constant and so
		geb. am	Belegarzt- behandlung	Notfall
V	V	01-1	Unfall, Unfallfolgen	Versorgungs- leiden (BVG)
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Nächsterreichbare, g	eeignete Krankenhäus
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	-	
	1	1		
Diagnose				
Diagnose				
			.	LOX.
				Muste
) July	ines Muster
			Jerbinan	
			10.	
			.	
			Vortenor	Internabelli des Assiss
			Vertragsarztstempel / U	Onterschnit des Arztes
Für den Krankenhausar.	zt! Vertraulich!			
	zt! Vertraulich! ebnisse			
Untersuchungserg				
Untersuchungserg	ebnisse			
Untersuchungserg Bisherige Maßnahr	ebnisse			

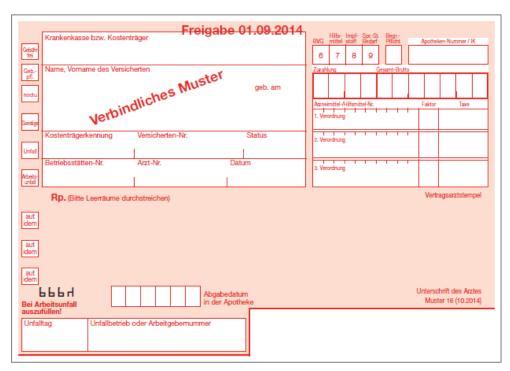
Muster 4: Verordnung einer Krankenbeförderung, Vorderseite

Verrordnung einer Krankenbeförderung Verscherten V		
geb. am Unfall, Unfallifolge	S-	Verordnung einer 4 Krankenbeförderung
Notice N	B-	Unfall, Unfallfolge
1. Grund der Beförderung Genehmigungsfreie Fahrten a) voll-/feilstationäre Krankenhausbehandlung b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen "aG", "Bl", "H", Plegegrad 5 pik daberhafter Mobilitätsbeinträchtigung, Pliegegrad 4 oder 5 nur Taxir/Mietwagen (sehr milk xiv autor 1) zu verordnen) c) Fahrten zu Hospizen: Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtsoriti der Krankenkasse vorzudegen) d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentsprapie e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (deprinding miter 4. erforderich) f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B-/fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unfor 3. hard light 4. erforderich) 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am		Arbeitsunfall, Berufskrankheit
1. Grund der Beförderung Genehmigungsfreie Fahrten a) voll-/teilstationäre Behandlung b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen "aG", "Bi", "H", Pflegegrad 5 piel daulerhafter Mobilitätsbeienträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen pavir mit XTW er einter 17 zu verordnen) c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu ambulanten Behandlungen volle Fahrten zu Hospizen. Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen volle Fahrten zu Hospizen. Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen volle Fahrten zu Hospizen vollen vo	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Versorgungsleiden (z.B. BVG)
Genehmigungsfreie Fahrten a) voll-/teilstationäre Behandlung b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen "aG", "BI", "H", Pflegegrad 3 på-dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen gent mit kTW år inter () zu verordnen) c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen oder Fahrdichtig der Krankenkasse vorzulegen) d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Straftientherapie (gegründung unter 4. erforderlich) e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (gegründung unter 4. erforderlich) f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (gegründung unter 3. land ligt. 4. erforgierlich) 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am // x pro Woche, bis voraussichtlich // x pro Woche, bis voraussichtlich // x pro Woche, bis voraussichtlich // Tragestuhl und/oder Einrichtung notwendig ist wegen // Iragestuhl liegend RTW // NAW/ andere // Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wortezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Befürderung nicht von/zur Wehnung stattfindet) Vertragsarzitstempel / Unterschrift des Arztes	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Hinfahrt Rückfahrt
a) voll-iteilstationäre Krankenhausbehandlung	1. Grund der Beförderung	
Krankenhausbehandlung bei Merkzeichen "aG", "Bl", "H", Pflegegrad 5 mit daberhafter Mobilitätsbeienträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen "sahr mit KTW at unter 1 zu verordnen)	Genehmigungsfreie Fahrten	
beeintrachtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (sehr mit XTW at inter f) zu verordnen) c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrsinfühl der Krankenkasse vorzulugen) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentharapie e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung wilter 4. erforderlich) f) anderer Grund für Fahrt mit KTW. z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung wilter 3. lund guf. 4. erforderlich) 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am T. V.	Krankenhausbehandlung	Behandlung
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtendijt) der Krankenkasse vorzulegen) d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie e) dauerhafte Mobilitätsbeeintrachtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (degrundung wirfer 4. erforderfich) f) anderer Grund für Fahrt mit KTW. z.B. fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. bind bgr. 4. erforderfich) 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am Taxi/Mietwagen Taxi/Mietwagen Rollstuhl KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen Rollstuhl RTW NEF andere 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtfranspert, Wortezeri, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Belörderung nicht von/zur Wöhnung stattfinded) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	 ambulante Behandlung bei Merkzeichen "aG", "Bl", "H" beeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietw 	, Pflegegrad 3 mit daterhafter Mobilitäts- agen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherepie e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung witer 4. erforderlich) f) anderer Grund für Fahrt mit KTW. 2.8-rfächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung witer 3. und guf. 4. erforderlich) 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich Behandlungsstätte (Name, Ort) 3. Art und Ausstattung der Beförderung / Taxi/Mietwagen Rollstuhl KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen Rollstuhl liegend RTW NAW/ andere A. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wortezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung ünfer 4. erforderlich) 7) anderer Grund für Fahrt mit KTW. 2.Bfächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. land lagt. 4. erforderlich) 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am	d) hochfrequente Behandlung	vergleichbarer Ausnahmefall
anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.Bfächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am Art und Ausstattung der Beförderung Taxi/Mietwagen Rollstuhl KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen RTW NEF A. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtransport, Wortezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung sicht von/zur Wehnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichba	
vom/am T	f) anderer Grund für Fahrt mit KTW. z.B. fächgerechte	s Lagern, Tragen, Heben erforderlich
3. Art und Ausstattung der Beförderung Taxi/Mietwagen Rollstuhl KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen liegend RTW NAW/ NEF andere 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wehnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreich	nbare, geeignete Behandlungsstätte
Taxi/Mietwagen Rollstuhl KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen Iiegend RTW NAW/ andere A. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtfransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Befürderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		voraussichtlich TTMMJJ
Taxi/Mietwagen Rollstuhl KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen Itagestuhl RTW NAW/ andere 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtfransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Befürderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	3. Art und Ausstattung der Beförderung	
und/oder Einrichtung notwendig ist wegen liegend liegend liegend RTW NAW/ andere liegend 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Befürderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	Taxi/Mietwagen Rollstuhl	
RTW NAW/ andere 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		nl
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wehnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	liegend	
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewie	ht
Muster 4 (7.2020)	·	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Muster 4 (7.2020)

Muster 4: Verordnung einer Krankenbeförderung, Rückseite

		fahrt	Rück- fahrt	Unterschrift des Versicherten
	von	TESTIN	18011	
TTMMJJ	nach	1_	Ш	
elekakalı lı	nach			
I I IVI IVI J J	von	늗	브	
TITIMMJJJ	nach	┨		
	von			
TTMMJJ	nach	1	Ш	
TITINAINAI II I	nach			
I I IMIMI O O	von	జ	X	D}
TTMMJJ	nach			
eledadadada	von		1	
I I M M J J	nach von	K	И	~
LIMMITT	nach	V		
1 1 1 1	von (C)	F		
TTMMJJ	nech	1	Ш	
elekakala l				
TIMINIA	nach	Ш	Ш	
Bestätigung des	Fransporteurs			
- 1 11	wurde gemäß der obigen Bestätigung			
ültiger Zuzahlungsbei	reiungsausweis für den Zeitraum der			
(rankenbeförderung w Die Angabe ist nicht bei Ret	urde vorgelegt lungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)			
	Datum			
nein ja	TTMMJJ	s	tempel/	Unterschrift des Transporteurs
Abrechnungsdate	n des Transporteurs			Cocomt Bodie
C des Transporteurs	Belegnummer	1.1	T	Gesamt-Brutto
		Ш		7.mahiuna
and an arrangement of the second				Zuzahlung
lechnungsnummer				

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt



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

	enträger	abe 01.09.201 4	Ärztliche Bescheinigung für 2 den Bezug von Krankengeld
Name, Vorname des Vers	icherten	geb. am	bei Erkrankung eines Kindes Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom TTMMJ bis ein- schließlich
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Die Art der Erkrank Beaufsichtigung	kung macht die Betre	nein	Verbindliches Muster
notwendig	l la		101

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

	me	Geburtsdatum Versichertennummer
		TTMMJJ
PLZ	Wohnart	Straße, Haus-Nr.
		Freigabe 01.09.2014
Kontoinhabe	·	110igub0 01i00i2011
BAN		
Geldinstitut		BIC
		gung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin
und gegen m	oinen Arbeitgeber während	dar Freistellung von der Ärbeit
und gegen m		dar Freistellung von der Ärbeit
und gegen m keinen A	oinen Arbeitgeber wahrend nspruch auf Entgeltfortzahl	dar Freistellung von der Ärbeit
und gegen m keinen A lch bin Allein	oinen Arbeitgeber während nspruch auf Entgeltfortzahl erziehendelf) ja	d da' Freistellung von der Ärbeit lung habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe nein
und gegen m keinen A lch bin Allein Eine andere i	einen Arbeitgeber während nspruch auf Entgeltfortzahl azziehendelf)] ja [n meinem Haushalt lebend	der Freistellung von der Ärbeit lung habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe nein le Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten
und gegen m keinen A lch bin Allein Eine andere i Kindes nicht	einen Arbeitgeber während nspruch auf Entgeltfortzahl azziehendelf)] ja [n meinem Haushalt lebend	d da' Freistellung von der Ärbeit lung habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe nein
und gegen m keinen A lch bin Allein Eine andere i Kindes nicht	einen Arbeitgeber während nspruch auf Entgeltfortzahl erziehendelf) ja [n meinem Haushalt lebend übernehmen. Krankengeld s	der Freistellung von der Ärbeit lung habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe nein le Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes
und gegen m keinen A Ich bin Allein Eine andere i Kindes nicht wurde in dies	einen Arbeitgeber während nspruch auf Entgeltfortzahl azziehendelt) ja [n meinem Haushalt lebend übernehmen, Krankengeld a am Kalenderjahr von mir	der Freistellung von der Ärbeit lung habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Tage habe nein le Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten aus Anlass einer früheren Erkrankung des umseitig genannten Kindes