

Anlage 14c

Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 20.02.2024

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- eFormular 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- eFormular 3** - Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz
- eFormular 4a** - KFO-Behandlungsplan
- eFormular 5a** - Parodontalstatus Blatt 1
- eFormular 5b** - Parodontalstatus Blatt 2
- eFormular 5d** - Antrag auf Verlängerung der UPT
- eFormular 5e** - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
- eFormular MIT 1** - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Planmäßiger Abschluss der Behandlung
- eFormular MIT 2** - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Unplanmäßiger Verlauf
- eFormular MIT 3** - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Behandlungsabbruch
- eFormular MIT 4** - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V
- eFormular MIT 5** - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung
- eFormular MIT 6** - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Zusätzlich erforderliche Leistungen
- eFormular MIT 7** - Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen – Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)
- eFormular MIT 8** - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

- Vordruck e01** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

e-Formular 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

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

Behandlungsplan für

Kiefergelenkserkrankung
 Kieferbruch

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

Muster

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Geplante Leistungen
 BEMA-Nr./Anz./ Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)

Entscheidung der Krankenkasse (nur bei Kiefergelenkserkrankung) nicht genehmigt (Begründung ggf. auf besonderem Blatt) genehmigt

Antragsnummer	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Verarbeitungskennzeichen		
Aktenzeichen PVS		
Seite		
logische Version		

Originalgröße DIN A4

Erläuterungen

Befund

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

Behandlungsplanung

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

Muster

Kennzeichen Bemerkungen

gemäß Schlüsselverzeichnis 6.24; bei Wiederherstellung Art der Leistung (Pflichtangabe)

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

e-Formular 4a: KFO-Behandlungsplan

Version 1.6, 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	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag <small>Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale</small> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> _____ _____ _____ </div>	<input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung) <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Neuplanung <input type="checkbox"/> Kassenwechsel <input type="checkbox"/> Unfall																																
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																	
Name, Vorname des Versicherten																																																	
		geb. am																																															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																															
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																															
KIG-Einstufung _____																																																	
Anamnese _____ _____																																																	
Diagnose OK _____ _____ UK _____ _____ Bisslage _____ _____																																																	
Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/> Erwachsenenbehandlung <input type="checkbox"/>																																																	
OK _____ UK _____ _____ Bisslage _____ _____																																																	
Verwend. Geräte _____ _____																																																	
Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th>Ä 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>Ä 928</th><th>Ä 934 a</th><th>b</th><th>Ä 935 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>5</th><th>7 a</th><th>12</th><th>116</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td> </tr> </tbody> </table>														Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116	117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c							
Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116																																			
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c																																				
_____ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th></th><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>III-Z</th><th>Summe</th><th>Schlüssel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>															I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel	OK 119									UK 119									120								
	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel																																									
OK 119																																																	
UK 119																																																	
120																																																	
Sonstige Leistungen:								Geb.-Nr. Anz.		_____ Geschätzte Material u. Laborkosten EUR		_____ voraussichtl. Gesamtkosten EUR																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="4">Antragsnummer</td></tr> <tr><td colspan="4">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td colspan="4">Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td>Kassenwechsel voriges IK</td><td>Abschlagsnummer</td><td colspan="2">Akt.-Z. PVS</td></tr> <tr><td colspan="2">Behandlerwechsel ab Quartal</td><td colspan="2"></td></tr> </table>								Antragsnummer				Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan				Verarbeitungskennzeichen				Kassenwechsel voriges IK	Abschlagsnummer	Akt.-Z. PVS		Behandlerwechsel ab Quartal				Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse				Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes																	
Antragsnummer																																																	
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																																																	
Verarbeitungskennzeichen																																																	
Kassenwechsel voriges IK	Abschlagsnummer	Akt.-Z. PVS																																															
Behandlerwechsel ab Quartal																																																	
Entscheidung der Krankenkasse Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat- und Laborkosten) beträgt: % _____ Anspruch be- steht ab Quartal _____																																																	

Muster

Originalgröße DIN A4

e-Formular 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Version 1.6, 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="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	<h2 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p>vom _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td>Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td>Aktenzeichen PVS logische Version</td> </tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS logische Version				
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																				
Antragsnummer																						
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																						
Verarbeitungskennzeichen																						
Art des Behandlungsplans																						
Aktenzeichen PVS logische Version																						
<p>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</p> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Tabakkonsum		<p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</p>																				
<p>Diagnose <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen</p>																						
<p>Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td><input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td><input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)</td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich	
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																		
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)																		
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																		
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																			
<p>Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</p> <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																						
<p>Grad (Progression)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td><input type="checkbox"/> < 0,25</td> <td><input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0</td> <td><input type="checkbox"/> > 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag				
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																			
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																			
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																			
<p>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		<p>Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																				

Originalgröße DIN A4

e-Formular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Version 1.6, 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	<p>Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Antragsnummer</td></tr> <tr><td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td>Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td>Art des Behandlungsplans</td></tr> <tr><td>Aktenzeichen PVS logische Version</td></tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Name, Vorname des Versicherten																					
		geb. am																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																			
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																			
Antragsnummer																					
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																					
Verarbeitungskennzeichen																					
Art des Behandlungsplans																					
Aktenzeichen PVS logische Version																					
<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; width: 100%;"></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; width: 100%;"></div>																					
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">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 gesondertem Blatt)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">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; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>																			

Muster

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.6, gültig ab 01.10.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p> <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); display: inline-block; margin-top: 20px;">Muster</p> <p>Begründung</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 30%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a			AIT b			CPT a			CPT b		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																													
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																													
4	-----																														
AIT a																															
AIT b																															
CPT a																															
CPT b																															
<p><small>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</small></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Aktenzeichen PVS logische Version</td> </tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS logische Version																									
Antragsnummer																															
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																															
Verarbeitungskennzeichen																															
Art des Behandlungsplans																															
Aktenzeichen PVS logische Version																															

Originalgröße DIN A4

e-Formular MIT 1: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Planmäßiger Abschluss der Behandlung

Version 1.6, 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="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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Mitteilungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td> </tr> <tr> <td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td>Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																
Mitteilungsnummer																		
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung																		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																		
Verarbeitungskennzeichen																		
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version																		

Muster

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)
Planmäßiger Abschluss der Behandlung (KFO):**

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

Datum Behandlungsabschluss:

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

e-Formular MIT 4: Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V

Version 1.6, 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Mitteilungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td> </tr> <tr> <td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td>Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Name, Vorname des Versicherten																					
		geb. am																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																			
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																			
Mitteilungsnummer																					
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung																					
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																					
Verarbeitungskennzeichen																					
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version																					

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

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) _____

Sehr geehrte/r _____,

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, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

e-Formular MIT 5: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung

Version 1.6, 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="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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Mitteilungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td> </tr> <tr> <td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td>Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																
Mitteilungsnummer																		
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung																		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																		
Verarbeitungskennzeichen																		
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version																		

Muster

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung:
Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung (KFO)**

Hiermit wird die Wiederaufnahme der abgebrochenen Behandlung
mit der ursprünglichen Antragsnummer
vom angezeigt.

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

e-Formular MIT 7: Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen – Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)

Version 1.6, 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Mitteilungsnummer</td></tr> <tr><td colspan="3">Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td></tr> <tr><td colspan="3">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr> <tr><td colspan="3">Verarbeitungskennzeichen</td></tr> <tr><td>Datum Behandlungsplan</td><td>Aktenzeichen PVS</td><td>logische Version</td></tr> </table>	Mitteilungsnummer			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																													
Mitteilungsnummer																															
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung																															
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																															
Verarbeitungskennzeichen																															
Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version																													

Muster

**Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen:
Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)**

Hiermit wird die Verlängerung des Heil- und Kostenplans
vom mit der ursprünglichen Antragsnummer angezeigt.

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

e-Formular MIT 8: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Version 1.6, 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="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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Mitteilungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td> </tr> <tr> <td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td>Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																
Mitteilungsnummer																		
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung																		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																		
Verarbeitungskennzeichen																		
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version																		

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.

Überweisung an einen spezialisierten Zahnarzt zur Durchführung der CPT
 ja nein

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> 1 </div> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p>  <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin-top: 20px;"> Muster </div> <p style="text-align: center; font-size: 8pt;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse													
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>		ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code											
_____	_____	_____											
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code											
_____	_____	_____											
<p>Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld <i>Wird Ihnen in der Arztpraxis die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkasse ausgehändigt, leiten Sie diese bitte an Ihre Krankenkasse weiter. Dadurch können zeitliche Verzögerungen bei der Gewährung von Kranken- bzw. Verletztengeld vermieden werden.</i></p>													
Dokumentenversion: Dokumententyp:	PRF.NR.												

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1</h3> </div> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p style="font-size: small;">Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center; color: blue; font-size: 48px; opacity: 0.5;">Muster</div> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: right; margin-top: 10px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>arbeitsunfähig seit _____</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p>festgestellt am _____</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</div>															
<p style="font-size: x-small;">Dokumentenversion: Dokumententyp:</p>	<p style="font-size: x-small;">PRF.NR.</p>															

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung für Versicherte

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen </p> <p> arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____ </p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung für Versicherte</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1</h2> <p> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung </p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 20px;"> Muster </div> <p style="text-align: right; font-size: 8px; margin-top: 10px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) </p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p> <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung </p> <p> <input type="checkbox"/> Sonstige _____ </p>		ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____						
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung </p> <p style="font-size: 8px; margin-top: 5px;"> Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer ihre aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. </p> </div> <p style="font-size: 8px; margin-top: 10px;"> Dokumentenversion: _____ PRFNR. _____ Dokumententyp: _____ </p>													