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

Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)

gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie

Antragsnummer			
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			
Verarbeitungskennzeichen			
Art des Behandlungsplans			
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version 2.1.0

Parodontalstatus vom: _____ Grad (Progression) nach PAR-Status: ☐ A ☐ B ☐ C

Datum der ersten UPT-Leistung: _____

An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien
mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vor:

☐ Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.

☐ Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt ____ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:

	Gutachten	**Entscheidung der Krankenkasse**
	☐ Gutachtlich befürwortet ☐ Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)	Die Kosten für die Verlängerung der UPT ☐ werden übernommen ☐ werden nicht übernommen
Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**	Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**	Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

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

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel

UPT Zusatzseite

Antragsnummer

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel

Antragsnummer vorherige Krankenkasse

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse

Leistungen vorherige Krankenkasse

Nummer der zuletzt erbrachten UPT