

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 01.04.2025

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

Vordruck 1 - Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche

Vordruck 3c - Patienteninformation Regelversorgung

Vordruck 3d - Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Vordruck 3e - Direktabrechnung Zahnersatz

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

Vordruck 4d - Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 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 Krankenförderung

Muster 16 - Arzneiverordnungsblatt

Muster 21 - Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Vordruck 1: Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche

Gültig ab 01.06.2023

Vorderseite

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> Notdienst- behandlung		<input type="checkbox"/> Unfall/ Unfallfolgen		Quartal 202	Lfd. Nr.
Name, Vorname des Versicherten geb. am		Erfassungsschein Kons./Chir.				Folgeschein Blatt Nr.	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Erklärung des Versicherten Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.		Unterschrift des Versicherten/Datum			
Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum							
Datum T T M M	Zahn	Leistung	Bemerkungen	Datum T T M M	Zahn	Leistung	Bemerkungen
<div style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); pointer-events: none;">Muster</div> <div style="font-size: 1.2em; color: red; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); pointer-events: none;">Gilt nur für akute Erkrankungen/Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft (b.w.)</div>							
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulunfällen							

Rückseite

Leistungsnachweis gem. §16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
Eingeschränkte Leistungsansprüche

Krankenkasse

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

dieser Abrechnungsschein ist nur gültig für Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind.
Nur in diesen Fällen dürfen Verordnungen und Überweisungen ausgestellt werden.

Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre **Krankenkasse**

Originalgröße: DIN A5

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.04.2025

Seite 1

Informationen zu Ihrem Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten Regelversorgung

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

I. Versicherte / Versicherter

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

Muster

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)

TP															TP	
R															R	
B															B	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B																
R																
TP																

III. Bemerkungen

Kennzeichen, s. Anhang: _____

Zusätzliche Erläuterungen: _____

IV. Voraussichtliche Kosten für eine Behandlung in Form der Regelversorgung

Zahnärztliches Honorar BEMA:	_____	(EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt):	_____	(EUR)
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	_____	(EUR)
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages: (____ % Festzuschuss)	_____	(EUR)
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil:	_____	(EUR)

Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

V. Erklärung der/des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

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

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Seite 2

Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung

Bei Bestehen einer privaten Zusatzversicherung zum Zahnersatz sind der Versicherung zwecks Abklärung der Kostenbeteiligung neben Seite 1 auch diese Seite und der Anhang vorzulegen.

VI. Weitere Angaben

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen / Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> SER |
| <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK | <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK | <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK
Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM | |

VII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

VIII. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Seite Anhang

Anhang: Erläuterungen

Befund:

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

Therapieplanung:

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

Kennzeichen Bemerkungen:

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet	10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
02	Zahnersatz verloren	11	Wiederherstellung/Bruch
03	Indikation BEMA 98e	12	Wiederherstellung/Sprung
	Begründung für 4, 5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
04	Langzeitprovisorium	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
05	Topographische Lage	15	Erosionsgebiss
	Lückenschluss im Verblendebereich	16	Erweiterung Halteelement
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	17	Erweiterung Zahn/Zähne
09	Vollkeramische Restauration	18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
		19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
		20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
		21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.04.2025

Seite 1

Informationen zu Ihrem Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

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

I. Versicherte / Versicherter

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede
 Vorname Nachname Versicherte/r
 Straße Hausnummer
 PLZ Ort

Geburtsdatum

 Versichertennummer

 Name der Krankenkasse

 Antragsnummer

Muster

II. Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)

TP								
R								
B								
	18	17	16	15	14	13	12	11
	48	47	46	45	44	43	42	41
B								
R								
TP								

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

III. Bemerkungen

Kennzeichen, s. Anhang: _____
 Zusätzliche Erläuterungen: _____

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

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
-----------------	---------	-----------------------	--------	------------

Tabelle GOZ-Leistungen
nach Bedarf verlängerbar

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Seite 2

Fortführung zu IV.

Zahnärztliches Honorar BEMA:	_____	(EUR)
Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt):	_____	(EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt):	_____	(EUR)
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	_____	(EUR)
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages: (___ % Festzuschuss)	_____	(EUR)
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil der gewünschten Behandlung:	_____	(EUR)

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt jährlich Festzuschüsse zum Zahnersatz fest. Ein Festzuschuss in Höhe von 100 % entspricht dabei den Kosten, die durchschnittlich für die Regelversorgung anfallen. Da Versicherte aber, von Härtefällen abgesehen, einen Eigenanteil übernehmen müssen, zahlt die Krankenkasse lediglich Festzuschüsse je nach Bonusheft in Höhe von 60, 70 oder 75 %.

Die Kosten für die Regelversorgung bei Ihrem Befund würden voraussichtlich betragen (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von 100 %): _____ (EUR)

Die Krankenkasse zahlt voraussichtlich (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von ___ %): _____ (EUR)

Damit läge Ihr Eigenanteil voraussichtlich bei (ohne möglicherweise zusätzlich anfallende Edelmetallkosten): _____ (EUR)

VI. Erklärung der/des Versicherten:

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die **von der Regelversorgung abweichende Behandlung** entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

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

Stand 04/2025

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Seite 3

Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung

Bei Bestehen einer privaten Zusatzversicherung zum Zahnersatz sind der Versicherung zwecks Abklärung der Kostenbeteiligung neben den Vorseiten auch diese Seite und der Anhang vorzulegen.

VII. Weitere Angaben

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen / Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> SER |
| <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK | <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK | <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK |
| <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK
Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM | |

VIII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

IX. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Seite Anhang

Anhang: Erläuterungen

Befund:

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

Therapieplanung:

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

Kennzeichen Bemerkungen:

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet	10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
02	Zahnersatz verloren	11	Wiederherstellung/Bruch
03	Indikation BEMA 98e	12	Wiederherstellung/Sprung
	Begründung für 4,5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
04	Langzeitprovisorium	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
05	Topographische Lage	15	Erosionsgebiss
	Lückenschluss im Verblendbereich	16	Erweiterung Halteelement
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	17	Erweiterung Zahn/Zähne
09	Vollkeramische Restauration	18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freiendsituation
		19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
		20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
		21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

Originalgröße: DIN A4

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

Gültig ab 01.04.2025

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

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede
Vorname Nachname Versicherte/r
Straße Hausnummer
PLZ Ort

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 den 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 erhalten eine entsprechende Information.

Mit freundlichen Grüßen

Stempeldaten

(Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes)

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4d: Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Gültig ab 01.07.2023

Seite 1

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

Erstvereinbarung Folgevereinbarung Vereinbarungsnr.: _____

<u>[Name, Adresse Zahnarztpraxis]</u> [Anrede] [Vorname Nachname Versicherte/r] [Straße Hausnummer] [PLZ Ort]	Vertragszahnarztstempel <div style="font-size: 48px; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); text-align: center;">Muster</div>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

_____ Zwischen _____
 _____ und _____
 _____ für _____
Zahlungspflichtige/r
Zahnärztin/Zahnarzt
Versicherte/r (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)

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

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)

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

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

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

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

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

Seite 1 von 2

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4d: Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Seite 2

Anhang: Kostenaufstellung

zur Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V für [Vorname Nachname Versicherte/r]

Vereinbarungsnummer: _____

Erläuterung zur Tabelle

Art der Leistung:

M = Mehrleistungen: Einen Teil der Kosten für diese Leistungen trägt die/der Versicherte. Den anderen Teil trägt die Krankenkasse.

Z = Zusatzleistungen: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.

A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.

Kostenanteil Versicherte/r:

Die Kostenaufstellung beruht auf den aktuellen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und den aktuellen Preisen für Materialien und Laborleistungen. Im Lauf der Behandlung können sich z. B. Vergütungen und Preise ändern. Deshalb handelt es sich in der nachfolgenden Aufstellung um voraussichtliche Kostenanteile und Beträge. Es kann auch sein, dass sich die Behandlungsleistungen ändern und Sie eine Folgevereinbarung erhalten.

Muster

Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ, ggf. Erläuterungen						Von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA				Kostenanteil Versicherte/r
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag (€)	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag (€)	Betrag (€)
Zwischensumme										

Tabelle nach Bedarf dynamisch verlängerbar

Voraussichtlicher Kostenanteil der/des Versicherten für die obenstehenden privat Zahnärztlichen Leistungen _____
 Voraussichtliche private Material- und Laborkosten _____
 Von der/dem Versicherten voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag _____

Originalgröße: DIN A4 quer

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Name und Anschrift der Krankenkasse	Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse																																	
<p>Auftrag zur Begutachtung</p> <p>Name und Anschrift des Gutachters</p>																																		
Muster																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="width: 20%;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name des Zahnarztes</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift des Zahnarztes</td> </tr> </table>		Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Versicherungsnummer		Name des Zahnarztes		Anschrift des Zahnarztes																										
Name, Vorname des Versicherten	geb. am																																	
Versicherungsnummer																																		
Name des Zahnarztes																																		
Anschrift des Zahnarztes																																		
<p>Wir bitten um Begutachtung der</p> <ul style="list-style-type: none"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">• vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____</td> <td style="width: 10%; text-align: right; font-size: 0.8em;">Zutreffendes ankreuzen</td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; text-align: center;">ZE</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">• ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; text-align: center;">MÄ</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">• vorgesehene Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; text-align: center;">KB</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">• vorgesehene kieferorthopädische Behandlung:</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; text-align: center;">KFO</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">• Behandlungsplan vom _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">• Verlängerungsantrag vom _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">• Therapieänderung vom _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">• KIG-Einstufung vom _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">• Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">• vorgesehene PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; text-align: center;">PAR</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">• vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; text-align: center;">PAR</td> </tr> </table> 		• vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____	Zutreffendes ankreuzen	ZE	• ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____		MÄ	• vorgesehene Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____		KB	• vorgesehene kieferorthopädische Behandlung:		KFO	• Behandlungsplan vom _____			• Verlängerungsantrag vom _____			• Therapieänderung vom _____			• KIG-Einstufung vom _____			• Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____			• vorgesehene PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____		PAR	• vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____		PAR
• vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____	Zutreffendes ankreuzen	ZE																																
• ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____		MÄ																																
• vorgesehene Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____		KB																																
• vorgesehene kieferorthopädische Behandlung:		KFO																																
• Behandlungsplan vom _____																																		
• Verlängerungsantrag vom _____																																		
• Therapieänderung vom _____																																		
• KIG-Einstufung vom _____																																		
• Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____																																		
• vorgesehene PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____		PAR																																
• vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____		PAR																																
<p>Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:</p>																																		
(Ort / Datum)	(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Hinweise an den Zahnarzt:</td> </tr> </table> <p style="font-size: 0.8em;">Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.</p>		Hinweise an den Zahnarzt:																																
Hinweise an den Zahnarzt:																																		

Vordr. 6a (Anlage 12a 07.2021) - 501122/01.01. - 10.10.1910.104 - www.bmv-z.de

Originalgröße: DIN A4

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

Gültig ab 01.06.2023

**Ergebnis der Begutachtung
(ZE, PAR, KG)**

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname der/des Versicherten

geb. am

Versichertennummer

Muster

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- den PAR-Behandlungsplan (PAR-Status) vom _____
- die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom _____
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Das **Zahnschema** ist nur bei der Begutachtung einer Versorgung mit Zahnersatz auszufüllen.

Das Feld „**Befund**“ ist nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden.

Das Feld „**Ausgeführte Versorgung**“ ist nur auszufüllen, wenn Frage 3 des Ergebnisses mit „nein“ beantwortet wird.

Ausgeführte Versorgung																														
Befund																														
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28														
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38														
Befund																														
Ausgeführte Versorgung																														

Hinweis:

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

Ergebnis

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

Begründung (falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein weiteres Blatt nutzen)

Name und Anschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

Stand 03/2023

Stempel der Gutachterin / des Gutachters / Datum / Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6c: Ergebnis Begutachtung (KFO)

Gültig ab 2016

Muster

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Begutachtung kieferorthopädische Behandlung

Die Erstellung des Gutachtens über

KFO-Behandlungsplan vom _____
 KFO-Verlängerungsantrag vom _____

KFO-Therapieänderung vom _____
 KIG-Einstufung vom _____

KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Ergebnis

1. Der KFO-Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein

2. Der KFO-Verlängerungsantrag wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
 Quartale _____

3. Die KFO-Therapieänderung wird befürwortet ja mit Einschränkung nein

4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) ist korrekt ja nein, welche _____

5. Der KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen wird befürwortet ja mit Einschränkung nein

6. Die Material- und Laborkosten sind angemessen ja nein, Höhe _____

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

Name und Anschrift des Zahnarztes

Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Muster

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____
- die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom _____
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkerkrankungen vom _____
- die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs-/ Therapieänderungsantrag / KIG-Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“ erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____ _____ _____ _____			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Gutachters

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.
² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.

Originalgröße: DIN A4

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

Gültig ab 2000

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Muster

Name und Anschrift des Gutachters

┌

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┌

└

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B. VII. Nr. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

└

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter unverzüglich zur Verfügung.

┌

└

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

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

Muster

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandeten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung							
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 01.10.2020

Vorderseite

Datum: <input type="text"/>	13	Datum: <input type="text"/>	16	Datum: <input type="text"/>	19	Datum: <input type="text"/>	22	 Zahngesundheitsuntersuchungen – Nachweis von für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/> Straße: <input type="text"/> PLZ/Wohnort: <input type="text"/> <small>SOBIZ-01/2019 Nr. 0101/2019 www.sobiz.de</small>
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		
Datum: <input type="text"/>	14	Datum: <input type="text"/>	17	Datum: <input type="text"/>	20	Datum: <input type="text"/>	23	
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		
Datum: <input type="text"/>	15	Datum: <input type="text"/>	18	Datum: <input type="text"/>	21	Datum: <input type="text"/>	24	
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		

Rückseite

Nachweiseheft zur Erlangung des Bonus beim Zahnersatz

Versicherte erhalten bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen von ihrer Krankenkasse höhere Festzuschüsse, wenn sie

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Individualprophylaxe-Untersuchungen in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen haben,
- sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres wenigstens einmal in einem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen.

Außerdem muss der Gebisszustand regelmäßige Pflege erkennen lassen.

Der Festzuschuss erhöht sich von 60 auf 70 %, wenn die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen ohne Unterbrechungen in den letzten fünf Jahren nachgewiesen werden. Der Festzuschuss erhöht sich auf 75 %, wenn der Nachweis für die letzten zehn Jahre erbracht wird.

Datum: <input type="text"/>	1	Datum: <input type="text"/>	4	Datum: <input type="text"/>	7	Datum: <input type="text"/>	10
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum: <input type="text"/>	2	Datum: <input type="text"/>	5	Datum: <input type="text"/>	8	Datum: <input type="text"/>	11
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum: <input type="text"/>	3	Datum: <input type="text"/>	6	Datum: <input type="text"/>	9	Datum: <input type="text"/>	12
Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>		Individualprophylaxe <input type="checkbox"/>	
zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>		zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/>	
Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift		Zahnarztstempel und Unterschrift	

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.01.2021

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

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Personalfeld nach Vorgaben der Anlage 14b BMV-Z

Muster

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p>Physiotherapie</p> <p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><u>Ergänzende Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>
<p>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. ____ <input type="checkbox"/> 45 min. ____ <input type="checkbox"/> 60 min. ____</p>	<p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p><small>ggf. ergänzendes Heilmittel</small></p> <p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>

Indikationsschlüssel Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

ICD-10 – Code

ICD-10 – Code

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

IK des Leistungsbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Rückseite

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

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

Muster

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

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

IK des Leistungserbringers

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

Belegnummer

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

Behandlungsabbruch

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

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

Abweichung
von der Frequenz

Begründung

--

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 10: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen

(Anlage 2 der Anlage 12 zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Gültig ab 30.09.2020

Muster

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

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

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Originalgröße: DIN A4 quer

Vordruck 11: Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

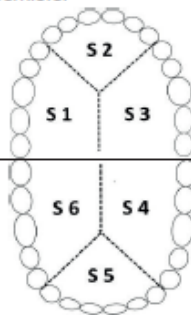
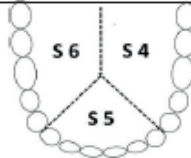
Gültig ab 01.07.2021

Muster

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____ Name: _____

Wir haben bei Ihnen den Parodontalen Screening-Index (PSI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen und die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den möglichen Behandlungsbedarf. Die bei Ihnen in der Untersuchung festgestellten Werte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

Einteilung von Ober- und Unterkiefer in je drei Sextanten (S 1 – S 6)	Höchster im Sextanten festgestellter Code	Erläuterung der PSI-Codes	
	S 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 3 <input style="width: 40px;" type="text"/>	0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder 3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm 4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm	
	S 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 5 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 6 <input style="width: 40px;" type="text"/>		
Unterkiefer	* Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern gekennzeichnet.		

Aus den Screening-Ergebnissen ergeben sich die folgenden Diagnosen und Empfehlungen:

PSI-Code	Diagnose	Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf
0	Parodontal gesund	Keine Therapie notwendig, regelmäßige Kontrolluntersuchung
1	Zahnfleischentzündung (Gingivitis)	Verbesserung der Mundhygiene
2	Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder	Verbesserung der Mundhygiene, Zahnsteinentfernung oder Glättung überstehender Füllungs- und Kronenränder
3	Verdacht auf Parodontitis	Verbesserung der Mundhygiene, parodontale Befunderhebung einschließlich der Anfertigung von Röntgenbildern als Basis der Diagnosestellung und der weiteren Therapieplanung
4		

Wir haben Sie über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf sowie – bei Messergebnis Code 3 oder 4 – über die Notwendigkeit, einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erheben sowie die Diagnose zu stellen, informiert.

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

Vordr. 11 (2004, 07.2021) * K00006 ab 2. Abv. gültig * SCHÖTZEL/CS, M.F. 11/12/14 www.merck.de

Originalgröße: DIN A 4

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Diagnose			Verbindliches Muster	
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
<i>Bitte die Rückseite beachten!</i>			Muster 2a (10.2014)	

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

<p>Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.</p> <p>Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.</p>	
<p>Vom Krankenhaus auszufüllen:</p> <p>Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am _____</p>	<p>Freigabe 01.09.2014</p> <p>Verbindliches Muster</p> <p>Stempel des Krankenhauses und Unterschrift</p>

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
<i>Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!</i>				
Untersuchungsergebnisse _____				
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____				
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____				
Mitgegebene Befunde _____				
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!			<small>Muster 2b (10.2014)</small>	

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Untersuchungsergebnisse
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)
Mitgegebene Befunde

Ausfertigung für den überweisenden Arzt

Muster 2c (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung, Vorderseite

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<p style="text-align: center;">Verordnung einer Krankenförderung 4</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt</p>												
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am													
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status													
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum													
1. Grund der Beförderung														
<p>Genehmigungsfreie Fahrten</p> <p>a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)</p> <p>c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____</p>														
<p>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtmitteilung der Krankenkasse vorzulegen)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B.-fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)</p>														
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte														
<p>vom/am <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table></p> <p>Behandlungsstätte (Name, Ort) _____</p>			T	T	M	M	J	J	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J									
T	T	M	M	J	J									
3. Art und Ausstattung der Beförderung														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tragestuhl</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> liegend</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl	<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> liegend						
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl													
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl													
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> liegend													
<p>4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)</p> <p>_____</p>														
		<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-size: small;">Muster 4 (7.2020)</p>												

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung, Rückseite

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten
Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

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

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

nein ja Datum T T M M J J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto	
Rechnungsnummer	Zuzahlung		
Positionsnummer	Anzahl km	Positionsnummer	Anzahl km

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> BfV	<input type="checkbox"/> Hilfs- mittel	<input type="checkbox"/> Impf- stoff	<input type="checkbox"/> Spr.-St. Bedarf	<input type="checkbox"/> Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.- zif.	Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9		
<input type="checkbox"/> noctu	Verbindliches Muster		Zahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> Sonstige			Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status	
<input type="checkbox"/> Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum			
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall								
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut. idem								
<input type="checkbox"/> aut. idem								
<input type="checkbox"/> aut. idem								
bbbr				Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

Originalgröße: DIN A6 quer

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Ärztliche Bescheinigung 21 für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit

vom

bis einschließlich

Kita- oder Schulunfall / -folgen

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

SER

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes
*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.

Name Vorname

Geburtsdatum Versichertennummer

Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

IBAN

BIC Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.

Ich bin Alleinerziehende(r) ja nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Muster 21 (7.2024)

Originalgröße: DIN A5 hoch