

## Anlage 14c

### Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 01.04.2025

#### 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

## eFormular 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

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)

---

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 <b>Krankenkasse</b>	Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b>
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Verarbeitungskennzeichen		
Aktenzeichen PVS		
Seite <span style="float: right;">logische Version</span>		
2 . 0 . 0		

Muster

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

# eFormular 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Abrechnung-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum

### Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes  aufgeführt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Seite  

Stempel des Zahnarztes

## Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:  
Bonushaft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen

### I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

TP = Therapieplanung    R = Regelversorgung    B = Befund

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

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

### II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3

### IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro	Ct

Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit     Immediatversorgung OK     Interimsversorgung OK

SER     Immediatversorgung UK     Interimsversorgung UK

Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK    Alter OK  Jahre

Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK    Alter UK  Jahre

NEM

Direktabrechnung

**voriäufige Summe** →

Nachträgliche Befunde:

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgeesehenen Weise eingegliedert wird.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

**Hinweis:**

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor.

**voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall**

% Festzuschuss voraussichtlich

Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor

### III. Kostenplanung

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro	Ct

### III. Kostenplanung GOZ

GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	1 Fortsetzung			
				GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3

2 Zahnärztliches Honorar BEMA:

3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)

4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)

5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

**Antragsnummer**

**Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan**

Gutachterlich befürwortet

ja     nein     teilweise

**Verarbeitungskennzeichen**

**Art des Behandlungsplans**

**Therapieschritt    Wechselskennzeichen**

**Aktenzeichen PVS    logische Version**

2.0.0

Zusätzliche Erläuterung

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

Zusatzseite

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

**Informationen zum  
Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel  
Zahnersatz Zusatzseite**

*Muster*

Antragsnummer \_\_\_\_\_

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antragsnummer vorherige Krankenkasse \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse \_\_\_\_\_

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

# eFormular 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

## Anhang: Erläuterungen

### Erläuterungen

Muster

#### 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 Teilkrone
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelsstiftkappe mit ersetztem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelsstiftkappe 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	Teilkrone
PKM	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung
R	Wurzelsstiftkappe 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
SKO	implantatgetragene 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

#### 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
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

Originalgröße DIN A4

# eFormular 4a: KFO-Behandlungsplan

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Behandlungsplan</b>  <input type="checkbox"/> <b>KFO-Therapieänderung</b>  <input type="checkbox"/> <b>KFO-Verlängerungsantrag</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel                  Planübernahme (Einstieg                  in die Behandlung)  <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel                  Neuplanung  <input type="checkbox"/> Kassenwechsel             </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Behandlungs- beginn Quartal</td> <td style="text-align: center;">Beginn der Verlängerung Quartal</td> <td style="text-align: center;">Voraussichtliche Dauer Quartale</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> </div> <p><b>KIG-Einstufung</b> _____ <b>E3/E4 UK</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Unfall</b></p>	Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale	_____	_____	_____																																																								
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																											
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																									
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																									
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																																																									
Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale																																																																									
_____	_____	_____																																																																									
<p><b>Anamnese</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																											
<p><b>Diagnose</b></p> <p><b>OK</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>UK</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																											
<p><b>Bisslage</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																											
<p><b>Therapie</b> Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/> Erwachsenenbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p><b>OK</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>UK</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																											
<p><b>Bisslage</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																											
<p><b>Verwend. Geräte</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																											
<p><b>Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen</b> (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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><th></th> </tr> <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><td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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> <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> </table> </div> <div> <p>Sonstige Leistungen:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>Geb.-Nr.</th><th>Anz.</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: right;"> <p>_____</p> <p>voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> <p>_____</p> <p>Geschätzte Material u. Laborkosten <b>EUR</b></p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>_____</p> <p>voraussichtl. Gesamtkosten <b>EUR</b></p> </div> </div>		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				I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel	OK 119									UK 119									120									Geb.-Nr.	Anz.				
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																																																														
	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel																																																																			
OK 119																																																																											
UK 119																																																																											
120																																																																											
Geb.-Nr.	Anz.																																																																										
<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>Seite</td> </tr> <tr> <td>Wechselkennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Akt.-Z. PVS</td> </tr> <tr> <td>log. Version</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2 . 0 . 0</td> </tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version	2 . 0 . 0	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der <b>Krankenkasse</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></p> <p style="font-size: x-small;">Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:    % _____</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">Anspruch besteht ab Quartal _____</p> </div>																																																																	
Antragsnummer																																																																											
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																																																																											
Verarbeitungskennzeichen																																																																											
Art des Behandlungsplans																																																																											
Seite																																																																											
Wechselkennzeichen																																																																											
Akt.-Z. PVS																																																																											
log. Version																																																																											
2 . 0 . 0																																																																											

Muster

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular 4a: KFO-Behandlungsplan

Zusatzseite

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

**Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel**  
KFO Zusatzseite

Muster

Antragsnummer \_\_\_\_\_

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Antragsnummer vorherige Krankenkasse \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Ergänzende Information(en)**

Abschlag vorherige Krankenkasse \_\_\_\_\_

Einstieg ab Behandlungsquartal \_\_\_\_\_

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

# eFormular 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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>Seite      Wechselkennzeichen      Akt.-Z. PVS      log. Version 2 . 0 . 0</td> </tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Seite      Wechselkennzeichen      Akt.-Z. PVS      log. Version 2 . 0 . 0							
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																									
Seite      Wechselkennzeichen      Akt.-Z. PVS      log. Version 2 . 0 . 0																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <b>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</b>  <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus    <input type="checkbox"/> Sonstiges  <input type="checkbox"/> Tabakkonsum                 </td> <td style="width: 40%;"> <b>Spezielle Vorgeschichte</b>                      Frühere PAR-Therapie                      Angabe des Jahres: ca. _____                 </td> </tr> </table>		<b>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</b> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	<b>Spezielle Vorgeschichte</b> Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																						
<b>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</b> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	<b>Spezielle Vorgeschichte</b> Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>Diagnose</b>    <input type="checkbox"/> Parodontitis    <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen  <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen                 </td> </tr> </table>		<b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen																							
<b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"><b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> &lt; 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> &gt; 33 % <input type="checkbox"/> (&gt;5 mm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>		<b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)					<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (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
<b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)																									
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																					
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (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																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3"><b>Ausmaß/Verteilung</b> (für das höchste Stadium)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lokalisiert (&lt; 30 % der Zähne)</td> <td><input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)</td> <td><input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</td> </tr> </table>		<b>Ausmaß/Verteilung</b> (für das höchste Stadium)			<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																		
<b>Ausmaß/Verteilung</b> (für das höchste Stadium)																									
<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"><b>Grad</b> (Progression)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> &lt; 0,25</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> &gt; 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c &lt; 7,0 %</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> &lt; 10 Zig./Tag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>		<b>Grad</b> (Progression)					<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag				
<b>Grad</b> (Progression)																									
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																						
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																						
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																						
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table>	<b>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>Entscheidung der Krankenkasse</b>                      Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td>                     Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse  <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table>	<b>Entscheidung der Krankenkasse</b> Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/>	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																					
<b>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																									
<b>Entscheidung der Krankenkasse</b> Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/>																									
Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																									

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4





## eFormular 5a/b: Parodontalstatus

Zusatzseite

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p><b>Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel</b></p> <p>PAR Zusatzseite</p> <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;">Muster</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											
Antragsnummer													
Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel													
Antragsnummer vorherige Krankenkasse													
Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse													
<b>Leistungen (Blatt 2) vorherige Krankenkasse</b>													
Anzahl Gebührennummer 4													
Anzahl Gebührennummer ATG													
Anzahl Gebührennummer MHU													
Anzahl Gebührennummer AITa													
Anzahl Gebührennummer AITb													
Anzahl Gebührennummer BEVa													
Nummer der zuletzt erbrachten UPT													

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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><b>Antrag auf Verlängerung der Unterstützten Parodontistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie</b></p> <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 colspan="4">Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td>Seite</td> <td>Wechselkennzeichen</td> <td>Akt.-Z. PVS</td> <td>log. Version</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">2.0.0</td> </tr> </table> <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 <math>\geq 4</math> mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen <math>\geq 5</math> mm vor:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; 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: 60px; width: 100%;"></div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Gutachten</b></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: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></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: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> </td> </tr> </table>	Antragsnummer				Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan				Verarbeitungskennzeichen				Art des Behandlungsplans				Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2.0.0	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p>	<p><b>Gutachten</b></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: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p>	<p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></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: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>
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																																											
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version																																								
			2.0.0																																								
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p>	<p><b>Gutachten</b></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: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p>	<p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></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: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>																																									

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Zusatzseite

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p><b>Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel</b> UPT Zusatzseite</p> <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); text-align: center;">Muster</p> <p>Antragsnummer _____</p> <p>Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel _____          _____          _____</p> <p>Antragsnummer vorherige Krankenkasse _____</p> <p>Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse _____</p> <p><b>Leistungen vorherige Krankenkasse</b></p> <p>Nummer der zuletzt erbrachten UPT _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p><b>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</b></p> <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;">Muster</p> <p><b>Begründung</b></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 <math>\geq</math> 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p><b>Folgende Leistungen werden angezeigt:</b></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>4</td> <td>-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">AIT a</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">AIT b</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CPT a</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CPT b</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <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><b>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<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 colspan="4">Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Seite</td> <td style="font-size: small;">Wechselkennzeichen</td> <td style="font-size: small;">Akt.-Z. PVS</td> <td style="font-size: small;">log. Version</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">2 . 0 . 0</td> </tr> </table>	Antragsnummer				Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan				Verarbeitungskennzeichen				Art des Behandlungsplans				Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2 . 0 . 0
Antragsnummer																									
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																									
Verarbeitungskennzeichen																									
Art des Behandlungsplans																									
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version																						
			2 . 0 . 0																						

- Stand: 26.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Zusatzseite

<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><b>Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel</b></p> <p>PAR § 22a SGB V Zusatzseite</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											
Antragsnummer	_____												
Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel	_____												
Antragsnummer vorherige Krankenkasse	_____												
Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse	_____												
<b>Leistungen (Blatt 2) vorherige Krankenkasse</b>													
Anzahl Gebührennummer 4	_____												
Anzahl Gebührennummer AITa	_____												
Anzahl Gebührennummer AITb	_____												
Anzahl Gebührennummer CPTa	_____												
Anzahl Gebührennummer CPTb	_____												
Datum erste Leistung UPT	_____												

Muster

- Stand: 26.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

**eFormular MIT 1: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Planmäßiger Abschluss der Behandlung**

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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 style="text-align: right;">logische Version 2.0.0</td></tr> </table>	Mitteilungsnummer			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version 2.0.0
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 2.0.0																													

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 der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 25.03.2025 -

## eFormular MIT 2: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Unplanmäßiger Verlauf

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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 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 style="text-align: right;">logische Version 2.0.0</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version 2.0.0
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 2.0.0																										

# Muster

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)**  
**Unplanmäßiger Verlauf (KFO)**

Die kieferorthopädische Behandlung des o. g. Patienten nimmt einen unplanmäßigen Verlauf, weil

- Schlechte Mundhygiene
- Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen
- Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt und Reparatur notwendig
- Längere Unterbrechung auf Grund von Auslandsaufenthalt
- Längere Unterbrechung auf Grund von Wachstum/Zahnwechsel
- Längere Unterbrechung aus sonstigem Grund, nämlich:
- Verlust Behandlungsapparatur
- Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

**Freitext**

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4



## eFormular MIT 3: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Behandlungsabbruch

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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> <tr> <td style="text-align: right;">2 . 0 . 0</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version	2 . 0 . 0
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																						
2 . 0 . 0																						

# Muster

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)**  
**Behandlungsabbruch (KFO)**

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

- Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen entsprechend getragen
- Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt
- Längere Unterbrechung der Behandlung
- Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

**Freitext**

---

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular MIT 4: Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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 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 2.0.0</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version 2.0.0
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 2.0.0																										

**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 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

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes

Muster

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular MIT 5: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">2.0.0</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version			2.0.0
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																																
		2.0.0																																

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 der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular MIT 6: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Zusätzlich erforderliche Leistungen

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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 2.0.0</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version 2.0.0
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 2.0.0																													

Muster

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung:  
Zusätzlich erforderliche Leistungen (KFO)**

**Leistungen**

**Erläuterung**

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 26.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular MIT 7: Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen – Verlängerung Heil- und Kostenplan

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Mitteilungsnummer		
Name, Vorname des Versicherten			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung		
geb. am			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Kostenträgerkennung			Verarbeitungskennzeichen		
Versicherten-Nr.		Status	Datum Behandlungsplan		
Abrechnungs-Nr.		Zahnarzt-Nr.	Aktenzeichen PVS		logische Version
					2 . 0 . 0

# 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 der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 25.03.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular MIT 8: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Version 2.0, gültig ab 01.04.2025

<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  <div style="text-align: right;">2 . 0 . 0</div> </td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version <div style="text-align: right;">2 . 0 . 0</div>
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 <div style="text-align: right;">2 . 0 . 0</div>																		

# 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 der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 25.03.2025 -

# 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="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</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse</b> </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung <span style="float: right;">1</span></h2> <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; color: blue; font-size: 2em; transform: rotate(-10deg); opacity: 0.5;">             Muster         </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></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>		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><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>													
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Im Krankengeldfall</b></p> <p><input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall</p> <p><input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p><b>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld</b></p> <p style="font-size: 0.8em;">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.</p> </div>													
<p>Dokumentenversion: _____</p> <p>Dokumententyp: _____</p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">PRF.NR.</p>													

# 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="3" 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; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung <span style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">1</span></div> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p style="font-size: 0.8em;">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;"> <span style="font-size: 2em; color: blue; transform: rotate(-15deg); opacity: 0.5;">Muster</span> </div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em; margin-top: 10px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>
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>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>	<p><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p>															
<div style="border: 2px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</div>																
<p style="font-size: 0.8em;">Dokumentenversion: Dokumententyp:</p>	<p style="font-size: 0.8em;">PRFNr.</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="3">Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span></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;"><b>Ausfertigung für Versicherte</b></p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung <span style="float: right; font-weight: normal;">1</span></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;"> <div style="color: blue; font-size: 48px; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); pointer-events: none;">Muster</div> </div> <p style="font-size: 8px; text-align: center; margin-top: 10px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></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> <b>Im Krankengeldfall</b> <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall             <input type="checkbox"/> Endbescheinigung         </p> <p> <b>Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld</b>  <i>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 <b>aktuell gültige</b> Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.</i> </p> </div>													
<p>Dokumentenversion: _____ PRFNR.</p> <p>Dokumententyp: _____</p>													