

## Anlage 14c

### Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 01.04.2026

#### Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- eFormular 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- eFormular 3** - Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz
- eFormular 4** - KFO-Behandlungsplan
- eFormular 5** - Parodontalstatus Blatt 1 und 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 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

Zusatzseite - Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

# eFormular 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

## Zusatzseite - 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	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzer Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone
skw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
so	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
sow	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
st	implantatgetragene Teleskopkrone
stw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
t	Teleskopkrone
t2w	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
tw	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
ur	unzureichende Retention
ww	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x	nicht erhaltungswürdiger Zahn
)(	Lückenschluss

#### Behandlungsplanung

A	Adhäsivbrücke (Anker)
ABV	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
ABM	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
B	Brückenglied
BM	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
BV	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
E	zu ersetzender Zahn
EO	zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung
H	gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K	Krone
KH	Krone mit Halteelement
KM	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KMH	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement
KMO	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe
KO	Krone mit Geschiebe
KV	Krone mit vestibulärer Verblendung
KVH	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement
KVO	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
PK	Teilkrone
PKM	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung
R	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn
SB	implantatgetragenes Brückenglied
SBV	implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
SBM	implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied
SE	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
SEO	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
SK	implantatgetragene Krone
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
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 4: KFO-Behandlungsplan

Zusatzseite - Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

<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>KFO Zusatzseite</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											
Antragsnummer	<div style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-10deg); font-weight: normal;">Muster</div> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>												
Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel													
Antragsnummer vorherige Krankenkasse													
Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse													
<b>Ergänzende Information(en)</b>													
Abschlag vorherige Krankenkasse	<hr/>												
Einstieg ab Behandlungsquartal	<hr/>												

- Stand: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

# eFormular 5: Parodontalstatus

## Blatt 1

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

<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>Abrechnung-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h3> <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 2.1.0</td> </tr> </table> <div style="position: absolute; top: 50px; right: 50px; font-size: 40px; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); pointer-events: none;">Muster</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> <b>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</b>  <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus    <input type="checkbox"/> Sonstiges  <input type="checkbox"/> Tabakkonsum             </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <b>Spezielle Vorgeschichte</b>                  Frühere PAR-Therapie                  Angabe des Jahres: ca. _____             </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"> <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> <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"/> (≥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> <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 style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Lokalisiert (&lt; 30 % der Zähne)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Generalisiert (≥30 % der Zähne)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</td> </tr> </table> <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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px;">                 Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse             </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Seite      Wechselkennzeichen      Akt.-Z. PVS      log. Version 2.1.0	<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>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>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>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>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>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	
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																												
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																										
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																										
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																																																										
Antragsnummer																																																																												
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																																																																												
Verarbeitungskennzeichen																																																																												
Art des Behandlungsplans																																																																												
Seite      Wechselkennzeichen      Akt.-Z. PVS      log. Version 2.1.0																																																																												
<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>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>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>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>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>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																																																																												

- Stand: 17.12.2025 -





## eFormular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

<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 Unterstützenden 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;">2.1.0</td> </tr> </table>	Antragsnummer				Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan				Verarbeitungskennzeichen				Art des Behandlungsplans				Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2.1.0
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																																					
			2.1.0																																					
<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: 50px; width: 100%;"></div>																																								
<p><input type="checkbox"/> Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt _____ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>																																								
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p>	<p><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: 80px; 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: 80px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>																																						

- Stand: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

## eFormular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Zusatzseite - Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

<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;">Abrechnung-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	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p style="text-align: center;"><b>Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel</b></p> <p style="text-align: center;">UPT Zusatzseite</p> <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); font-weight: bold;">Muster</div> <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											
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum											

- Stand: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

<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>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																												
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																										
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																										
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																										
<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></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a					AIT b					CPT a					CPT b				
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																										
4	-----																											
AIT a																												
AIT b																												
CPT a																												
CPT b																												
<p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</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: 0.8em;">Seite</td> <td style="font-size: 0.8em;">Wechselkennzeichen</td> <td style="font-size: 0.8em;">Akt.-Z. PVS</td> <td style="font-size: 0.8em;">log. Version</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">2.1.0</td> </tr> </table>	Antragsnummer				Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan				Verarbeitungskennzeichen				Art des Behandlungsplans				Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version				2.1.0			
Antragsnummer																												
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																												
Verarbeitungskennzeichen																												
Art des Behandlungsplans																												
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version																									
			2.1.0																									

- Stand: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Zusatzseite - Informationen zum Krankenkassen- oder Zahnarztwechsel

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

Muster

Originalgröße DIN A4

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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

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.	Datum	Aktenzeichen PVS	logische Version	2 . 1 . 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: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

<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;">2.1.0</div> </td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version <div style="text-align: right;">2.1.0</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;">2.1.0</div>																		

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: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Mitteilungsnummer		
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung		
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Abrechnungs-Nr.    Zahnarzt-Nr.    Datum			Verarbeitungskennzeichen		
			Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version <span style="float: right;">2 . 1 . 0</span>		

# 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: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Mitteilungsnummer		
Name, Vorname des Versicherten			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung		
geb. am			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status			Verarbeitungskennzeichen		
Abrechnungs-Nr.    Zahnarzt-Nr.    Datum			Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version 2 . 1 . 0		

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

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_,

Muster

nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad ..... gemäß 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

- Stand: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

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.	Datum	Aktenzeichen PVS	logische Version	2 . 1 . 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: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4



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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

<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 . 1 . 0</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Datum Behandlungsplan	Aktenzeichen PVS	logische Version			2 . 1 . 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 . 1 . 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 beantragt.

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes

- Stand: 17.12.2025 -

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

Version 2.1.0, gültig ab 01.04.2026

<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;">2.1.0</div> </td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version <div style="text-align: right;">2.1.0</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;">2.1.0</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: 17.12.2025 -

Originalgröße DIN A4

# Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten <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</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 <span style="float: right;">geb. am</span>			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> <span style="font-size: 24pt; font-weight: bold;">1</span> </div> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p>  <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <span style="font-size: 48pt; color: blue; opacity: 0.5;">Muster</span> </div> <p style="text-align: center; font-size: 8pt;">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>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</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>		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 Krankengeld</b></p> <p style="font-size: 8pt;">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: _____      PRF.NR. _____</p> <p>Dokumententyp: _____</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; display: inline-block; padding: 2px 10px; 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="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit         <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen     </p> <p>         arbeitsunfähig seit _____          voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____          festgestellt am _____     </p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> <h1 style="margin: 0;">1</h1> </div> <p> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung  <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung     </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin: 20px 0;"> <h1 style="color: blue; opacity: 0.5;">Muster</h1> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<b>Ausfertigung für Versicherte</b>													
<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>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen         <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)     </p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p> <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation         <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung     </p> <p> <input type="checkbox"/> Sonstige _____     </p>			ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
<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>													
Dokumentenversion: Dokumententyp:		PRF.NR.											