

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 01.01.2022

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- Vordruck 1** - Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
- Vordruck 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- Vordruck 3a** - Heil- und Kostenplan Teil 1
- Vordruck 3b** - Heil- und Kostenplan Teil 2
- Vordruck 3c** - Patienteninformation Regelversorgung
- Vordruck 3d** - Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung
- Vordruck 3e** - Direktabrechnung Zahnersatz
- Vordruck 4a** - KFO-Behandlungsplan
- Vordruck 4b** - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V
- Vordruck 4c** - Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung
- Vordruck 5a** - Parodontalstatus Blatt 1
- Vordruck 5b** - Parodontalstatus Blatt 2
- Vordruck 5c** - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
- Vordruck 5d - Verlängerung UPT (nicht besetzt)
- Vordruck 5e** - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
- Vordruck 6a** - Auftrag zur Begutachtung
- Vordruck 6b** - Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)
- Vordruck 6c** - Ergebnis Begutachtung (KFO)
- Vordruck 6d** - Abrechnung Begutachtung
- Vordruck 7** - Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)
- Vordruck 8** - Bonusheft
- Vordruck 9** - Zahnärztliche Heilmitteilverordnung
- Vordruck 10** - Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
- Vordruck 11** - Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

- Vordruck e01** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 1** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 2** - Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Muster 4** - Verordnung einer Krankenförderung
- Muster 16** - Arzneiverordnungsblatt

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

Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 01.10.2020

Heil- und Kostenplan Teil 2

Name des Patienten

Zahnarztpraxis

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom _____

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
Muster				

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): EUR _____

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile III/1 und 2 HKP): EUR _____

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR _____

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR _____

abzüglich Festzuschüsse: EUR _____

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR _____

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

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

Datum / Unterschrift des **Zahnarztes**

Datum / Unterschrift des **Versicherten**

Informationen über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in der Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% EUR _____

abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse EUR _____

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR _____
zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.

Vordr. 3b (Z312/1 10.2020) schütz./BUCK, Tel. (0511) 32 93 44; www.schutzdruck.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

*Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln

Befund:

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

Behandlungsplanung:

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

Muster

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 1

Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

I. Versicherter

Name, Vorname _____
 Versichertennummer _____
 Geburtsdatum _____
 Name der Krankenkasse _____
 Antragsnummer _____

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

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

III. Voraussichtliche Kosten

Für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
<div style="color: red; font-size: 24px; transform: rotate(-15deg); opacity: 0.5;">Tabelle GOZ-Leistungen nach Bedarf verlängerbar</div>				

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

Muster

1

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 2

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

(Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes)

IV. Erklärung der/des Versicherten:

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

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)

Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.

V. Information über die Kosten der Regelversorgung:

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des 100%igen Festzuschusses.

Festzuschuss 100% EUR _____

Abzüglich von der Kasse festgesetzte Festzuschüsse EUR _____

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen. EUR _____

Muster

Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Gültig ab 01.01.2022 für Pilotpraxen und ab 01.07.2022 für alle Praxen

Seite 3

***Erläuterungen zu den im Zahnschema verwendeten Kürzeln**

Befund:

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

Behandlungsplanung:

A	- Adhäsivbrücke (Anker)	SBV	- Implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verbindung
ABM	- Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverbunden)	SE	- zu ersetzender Zahn einer Implantatgetragenen (Teil-)Prothese
ABV	- Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verbindung)	SK	- Implantatgetragene Krone
B	- Brückenglied	SKM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverbundene Krone
BM	- Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverbunden	SKMO	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverbundene Krone mit Geschiebe
BV	- Brückenglied mit vestibulärer Verbindung	SKO	- Implantatgetragene Krone mit Geschiebe
E	- zu ersetzender Zahn	SKV	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung
H	- gegossene Halte- und Stützvorrichtung	SKVO	- Implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschiebe
K	- Krone	SO	- Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetztem Zahn
KH	- Krone mit Halteelement	ST	- Implantatgetragene Teleskopkrone
KM	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden	STM	- Implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverbundene Teleskopkrone
KMH	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden mit Halteelement	STV	- Implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
KMO	- Krone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden mit Geschiebe	T	- Teleskopkrone
KO	- Krone mit Geschiebe	TM	- Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverbunden
KV	- Krone mit vestibulärer Verbindung	T2	- Sekundärteil einer Teleskopkrone
KVH	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Halteelement	T2M	- Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverbunden
KVO	- Krone mit vestibulärer Verbindung und Geschiebe	T2V	- Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PK	- Teilkronen	TV	- Teleskopkrone mit vestibulärer Verbindung
PKM	- Teilkronen vollkeramisch oder keramisch vollverbunden		
PKV	- Teilkronen mit vestibulärer Verbindung		
R	- Wurzelstiftkappe mit zu ersetztem Zahn		
SB	- Implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	- Implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverbundenes Brückenglied		

Muster

3

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

<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 colspan="2" style="text-align: center;">Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td style="text-align: right;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag <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> KIG-Einstufung _____	Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale	_____	_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger																			
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																	
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum																	
Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale																	
_____	_____	_____																	

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie **Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c)** **Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)**

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116	
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c		

_____ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120					X		

Sonstige Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

_____ Geschätzte Material u. Laborkosten EUR _____ voraussichtl. Gesamtkosten EUR

Anschrift des Mitgliedes

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: % _____ Anspruch besteht ab Quartal _____

Originalgröße DIN A4

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

Gültig ab 01.07.2018

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

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

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) _____ / _____

Sehr geehrte/r

— nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch, haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad / gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssen Sie die Kosten selbst tragen.

— Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (Ort, Straße)

erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Muster

(Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Vordr.-Nr. Z 132/BU 07/2018 SCHÜTZBLICK, Tel. (651) 93 75 44, www.schutzblick.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Gültig ab 01.07.2018

<p>Name und Anschrift der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="width: 20%; padding: 2px;">geb.am</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> </tr> </table>	Name, Vorname des Versicherten	geb.am	Versicherten-Nr.	
Name, Vorname des Versicherten	geb.am				
Versicherten-Nr.					

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

1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung

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

2. Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung

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

- mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt
- die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde
- die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden
- die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde und Reparaturen zusätzlich notwendig sind
- eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist, aufgrund von _____
- Sonstiges: _____

3. Abbruch der Behandlung

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

- mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt
- die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde
- die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden
- die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde
- eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist
- Sonstiges: _____

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2021

<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	<h2 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p style="text-align: center;">vom _____</p>						
Krankenkasse bzw. Kostenträger																						
Name, Vorname des Versicherten																						
		geb. am																				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																				
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																				
<p>Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese</p> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum _____		<p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____</p>																				
<p>Diagnose</p> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen																						
<p>Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td 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"/> < 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"/> > 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>				<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																		
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)																			
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																		
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																		
<p>Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</p> <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																						
<p>Grad (Progression)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td 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"/> < 0,25</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> > 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 < 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"/> < 10 Zig./Tag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag				
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																			
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																			
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																			
<p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		<p>Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; text-align: center; font-size: 2em; color: blue; font-weight: bold; opacity: 0.5;">Muster</div>																				

Vordr. 5a (2001, 01.2001) - Modifiziert ab 2. März 2021 - SÄULEZUSATZ - 30.10.19.10.19.14 - www.krankenkassen.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5c: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Gültig ab 01.07.2021

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

**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.

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

Vordr. 5c (0808 01/2021) "Parodontal- u. JAWA-gültig" - SCHÜTZLICHS. WAF0118134 - www.kbv.de/bsk

Originalgröße DIN A4

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

Gültig ab 01.07.2021

<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>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p> <p>vom _____</p> <p>Begründung:</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 55%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 30%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	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																													
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																													
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																													
4	-----																														
AIT a																															
AIT b																															
CPT a																															
CPT b																															

Vordr. 5e (22.05.07.2021) SCHÜTZESUCKE, Tel. 089/13127344, www.schutzgesund.de

Originalgröße: DIN A 4

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Name und Anschrift der Krankenkasse	Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse
-------------------------------------	--

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	
Name des Zahnarztes	
Anschrift des Zahnarztes	

Wir bitten um Begutachtung der

- vorgeesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ Zutreffendes ankreuzen
ZE
- ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ Mä
- vorgeesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ KB
- vorgeesehenen kieferorthopädischen Behandlung: KFO
 - Behandlungsplan vom _____
 - Verlängerungsantrag vom _____
 - Therapieänderung vom _____
 - KIG-Einetufung vom _____
 - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- vorgeesehenen PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____ PAR
- vorgeesehenen Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____ PAR

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Muster

(Ort / Datum)	(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)
---------------	---

Hinweis an den Zahnarzt:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.

Vordr. 6a (Anlage 10a - 07.2021) - 5041222/01/1 - 16.01.2019 10:41 - www.bmvz.de

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

Gültig ab 2000

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

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

└

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

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

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

└

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Muster

Originalgröße: DIN A4

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

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

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

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

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

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

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

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

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

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

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Muster

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 01.10.2020

Vorderseite

Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	13	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	16	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	19	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	22	Bonusheft – Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen – für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/> Straße: <input type="text"/> PLZ/Wohnort: <input type="text"/> <small>SOBIZ-01/2020 16.09.2020/21/24 www.sobiz.de</small>
<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		
Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	14	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	17	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	20	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	23	
<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		
Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	15	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	18	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	21	Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Individualprophylaxe	24	
<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		<input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung	Zahnarztstempel und Unterschrift		

Rückseite

Nachweiseheft zur Erlangung des Bonus beim Zahnersatz

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

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

Außerdem muss der Gebisszustand regelmäßige Pflege erkennen lassen.

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

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

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.01.2021

Zuzahlungs-frei		Zahnärztliche Heilmittelverordnung
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	
Unfall/Unfall-folgen		
BVG	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Vertragszahnarzt-Nr. Datum	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges		
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Hausbesuch <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		
Physiotherapie Vorrangige Heilmittel: <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	Ergänzende Heilmittel: <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____
		Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Indikationsschlüssel <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele	
ICD-10 – Code <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
ICD-10 – Code <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)		
IK des Leistungserbringers <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes <div style="font-size: 48px; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;">Muster</div>	

Originalgröße: DIN A4

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*

*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt.

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</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>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> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h3> 1 </div> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><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: 48pt; transform: rotate(-15deg); opacity: 0.5;">Muster</div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 8pt;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">ICD-10 - Code</th> <th style="width: 33%;">ICD-10 - Code</th> <th style="width: 33%;">ICD-10 - Code</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </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	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Im Krankengeldfall</p> <p><input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall</p> <p><input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> </div> <p>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld</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>		
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
_____	_____	_____														
<p>Dokumentenversion: _____</p> <p>Dokumententyp: _____</p>		<p style="text-align: center;">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="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: right; font-weight: bold; font-size: 24px;">1</div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="color: blue; font-size: 48px; transform: rotate(-15deg); opacity: 0.5;">Muster</div> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: right; margin-top: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p style="font-size: x-small; margin: 5px 0;">arbeitsunfähig seit _____</p> <p style="font-size: x-small; margin: 5px 0;">voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p style="font-size: x-small; margin: 5px 0;">festgestellt am _____</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p>	<div style="border: 2px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</div>															
<p style="font-size: x-small; margin: 5px 0;">Dokumentenversion: Dokumententyp:</p>	<p style="font-size: x-small; margin: 5px 0;">PRF.NR.</p>															

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung für Versicherte

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

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*

Muster 1a: Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall
 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall
 Endbescheinigung

Muster 1a (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

* Soweit die technischen Voraussetzungen für die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in der Übergangsphase bis zum 30.09.2021 noch nicht vorliegen, können die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach dem bis zum 31.12.2020 geltenden Papierverfahren unter Verwendung der bisherigen Formulare (Muster 1a, 1b und 1c) in Papier über den Versicherten an die Krankenkasse übermittelt werden. Das Nähere zu der Übergangsphase wird unter C., I., Ziffer 8 Anlage 14b BMV-Z geregelt.

14a-34

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung</p> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		<p>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 red; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Verbindliches Muster</div>
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Arzt-Nr.	Datum	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen		
arbeitsunfähig seit		
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit		
festgestellt am		
<p style="color: red; font-weight: bold;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</p>		
		<p style="font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-size: 0.7em;">Muster 1b (1.2018)</p>

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1c: Ausfertigung für den Versicherten

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

dem Durchgangsarzt zugewiesen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige _____

Im Krankengeldfall

ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld
 Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Muster 1c (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1d: Ausfertigung für den Zahnarzt

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit
 dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 stufenweise Wiedereingliederung

 Sonstige

Im Krankengeldfall
 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall
 Endbescheinigung

Verbindliches Muster
 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1d (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

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

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenhausaufnahme
erfolgt(e) am _____

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

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

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			<p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Verordnung von Krankenhausbehandlung 2</p> <p style="color: red; font-size: small; margin: 0;">(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Notfall</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; font-size: small;"> Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser _____ _____ </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Diagnose</p> _____ _____ _____ _____			
Verbindliches Muster			
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

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

Ausfertigung für den überweisenden Arzt

Muster 2c (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankbeförderung, Vorderseite

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h3 style="margin: 0;">Verordnung einer Krankbeförderung 4</h3> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt</p>
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am T T M M J J / x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> liegend

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Originalgröße: DIN A5 hoch

