

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

Gültig ab 01.01.2020

Vorderseite

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<input type="checkbox"/> Notdienst- behandlung	<input type="checkbox"/> Unfall/ Unfallfolgen	Quartal	Lfd. Nr.
Name, Vorname des Versicherten geb. am		Erfassungsschein Kons./Chir.		202	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Erklärung des Versicherten Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.		Folgeschein Blatt Nr.	
Vertragszahnarzt-Nr. Datum		Unterschrift des Versicherten/Datum			

Datum				Zahn	Leistung	Bemerkungen	Datum				Zahn	Leistung	Bemerkungen	
T	T	M	M				T	T	M	M				

Muster
Gilt nur für akute Erkrankungen/Schmerzzustände
sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft (b.w.)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulunfällen

Rückseite

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

Krankenkasse

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

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

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

Mit freundlichen Grüßen
Ihre **Krankenkasse**

Originalgröße: DIN A5

Vordruck 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Gültig ab 01.07.2018

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

Behandlungsplan für

Kiefergelenkserkrankung

Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Anschriftenfeld der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Muster

SCHÜTZEN/UCZ, Tel. (0511) 3212144, www.schutzde.de
 Vordr.-Nr.: Z Ing 03 19

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.10.2020

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____		Erklärung des Versicherten Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan. Datum/Unterschrift des Versicherten _____				Lfd.-Nr. _____ Stempel des Zahnarztes _____											
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Vertragszahnarzt-Nr. _____ Datum _____		Heil- und Kostenplan Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.															
I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund																	
Art der Versorgung	TP																
	R																
	B	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	B	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	R																
TP																	
Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)																	
II. Befunde für Festzuschüsse IV. Zuschussfestsetzung Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit Interimsversorgung Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone Befund Nr.1 Zahn/Gebiet 2 Anz.3 Betrag Euro Ct Versorgungsleiden Immediatversorgung Alter ca. Jahre NEM																	
Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.																	
Erläuterungen Befund (Kombinationen sind zulässig) a = Adhäsivbrücke (Anker) pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied) r = Wurzelstiftkappe av = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker) rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe abw = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied) sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion b = Brückenglied t = Teleskop e = ersetzter Zahn tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn u = unzureichende Restauration f = fehlender Zahn w = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion x = nicht erhaltungswürdiger Zahn ix = zu entfernendes Implantat y = Lückenschluss k = klinisch intakte Krone kw = erneuerungsbedürftige Krone																	
Behandlungsplanung: A = Adhäsivbrücke (Anker) M = Vollkeramische oder keramisch voll verbindende Restauration ABV = Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibuläre Verbindung) O = Geschiebe, Steg etc. ABM = Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverbindend) PK = Teilkronen B = Brückenglied S = implantatgebundene Suprakonstruktion m = zu ersetzender Zahn T = Teleskopkronen H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung V = Vestibuläre Verbindung K = Krone																	
vorläufige Summe Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse _____ Nachträgliche Befunde: Hinweis: <input type="checkbox"/> % Festzuschuss <input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.																	
III. Kostenplanung 1 Fortsetzung Anz. 1 Fortsetzung Anz.																	
1 BEMA-Nrn. Anz. Euro Ct																	
2 Zahnärztliches Honorar BEMA: 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt) 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)																	
Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____																	
V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage) Euro Ct																	
1 ZA-Honorar (BEMA siehe III) 2 ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA 3 ZA-Honorar GOZ 4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl. 5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxis 6 Versandkosten Praxis 7 Gesamtsumme 8 Festzuschuss Kasse 9 Versichertenanteil																	
Gutachterlich befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise Eingliederungsdatum: _____ Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: _____ Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.																	
Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters _____ Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____																	

Muster

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 1

Patienteninformation zum Zahnersatz

Planung von Behandlung und Kosten / Behandlung in Form der Regelversorgung

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 eine Behandlung in Form der Regelversorgung

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

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.

Muster

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 (Kugelnknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
b	-	Brückenglied	sow	-	erneuerungsbedürftiges Implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem 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 ersetzttem Zahn			
rw	-	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem 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 (Kugelnknopfanker, 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
<p style="color: red; font-size: 1.2em; transform: rotate(-15deg);">Tabelle GOZ-Leistungen nach Bedarf verlängerbar</p>				

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 <small>Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale</small> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></div> </div> KIG-Einstufung 																											
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																								
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																						
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum																																						
Anamnese																																								
Diagnose																																								
OK																																								
UK																																								
Bisslage																																								
Therapie																																								
Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/>		Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/>																																						
OK																																								
UK																																								
Bisslage																																								
Verwend. Geräte																																								
Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>A 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>A 928</th><th>A 934 a</th><th>b</th><th>A 935 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>5</th><th>7 a</th><th>12</th><th>116</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td> </tr> </tbody> </table>	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		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale									
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																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>Summe</th><th>Buchst.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.	OK 119								UK 119								120				X				Sonstige Leistungen: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>Geb.-Nr.</th><th>Anz.</th></tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr> </table>	Geb.-Nr.	Anz.			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Geschätzte Material u. Laborkosten EUR voraussichtl. Gesamtkosten EUR		
	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.																																	
OK 119																																								
UK 119																																								
120				X																																				
Geb.-Nr.	Anz.																																							
Anschrift des Mitgliedes <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																																						
Muster																																								
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="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">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</p> <p>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; color: blue; font-size: 2em; font-weight: bold;">Muster</div>																				

Vordr. 5a (2001, 01.2001) - Modifiziert ab 2. März 2021 - SÄULZENTRUM - 30119 01/21 - www.saetzentr.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

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 style="text-align: right;">geb. am</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherter-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	Versicherter-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">PARODONTALSTATUS Blatt 2</h2> <p>vom _____</p>																													
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																													
Name, Vorname des Versicherten																																													
geb. am																																													
Kostenträgerkennung	Versicherter-Nr.	Status																																											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">AIT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">AIT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">FB</td> </tr> </table>		AIT																					AIT	FB																					FB
AIT																					AIT																								
FB																					FB																								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Oberkiefer</p> <p style="text-align: center;">rechts links</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Unterkiefer</p> </div> </div>																																													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">FB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">FB</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">AIT</td> </tr> </table>		FB																					FB	AIT																					AIT
FB																					FB																								
AIT																					AIT																								
<p>Bemerkungen: _____</p>																																													
<p>Geplante Leistungen</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr><th>Geb.-Nr.</th><th>Anzahl</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>ATG</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>MHU</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>AIT a</td><td></td></tr> <tr><td>AIT b</td><td></td></tr> <tr><td>BEV a</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 50%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr><th>Frequenz der UPT</th><th>Anzahl</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	Geb.-Nr.	Anzahl	4	1	ATG	1	MHU	1	AIT a		AIT b		BEV a	1	Frequenz der UPT	Anzahl			<p>Gutachten</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)</p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; text-align: center; color: blue; font-size: 2em; transform: rotate(-10deg);"> Muster </div>																										
Geb.-Nr.	Anzahl																																												
4	1																																												
ATG	1																																												
MHU	1																																												
AIT a																																													
AIT b																																													
BEV a	1																																												
Frequenz der UPT	Anzahl																																												

Originalgröße: DIN A 4

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

Gültig ab 01.07.2021

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-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. JAWV-gültig" - SCHÜTZZEICHEN N° 481118134 - www.kbv.de/zusatzleistungen

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: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 25%;">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%;"></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. 089/13107344, 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

Mä	
----	--

- vorgeesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ KB

KB	
----	--

- vorgeesehenen kieferorthopädischen Behandlung: KFO

KFO	
-----	--

 - Behandlungsplan vom _____
 - Verlängerungsantrag vom _____
 - Therapieänderung vom _____
 - KIG-Einetufung vom _____
 - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____

- vorgeesehenen PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____ PAR

PAR	
-----	--

- vorgeesehenen Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____ PAR

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.bmv-z.de

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

Gültig ab 01.07.2021

Name und Anschrift der Krankenkasse															Name, Vorname des Versicherten geb. am				
															Versichertennummer				

Begutachtung prothetische oder parodontale Behandlung, Kiefergelenkerkrankungen

Die Erstellung des Gutachtens über

die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____

ausgeführte prothetische Leistungen vom _____

den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____

die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom _____

die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkerkrankungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Das Feld „Befund“ ist nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden.
Das Feld „Ausgeführte Versorgung“ ist nur auszufüllen, wenn Frage 3 des Ergebnisses mit „nein“ beantwortet wird.

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

Ergebnis

1. Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan, die vorgesehene Verlängerung der UPT, der Behandlungsplan bei Kiefergelenkerkrankungen wird befürwortet ja teilweise nein

2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein

3. Die ausgeführte prothetische Versorgung entspricht dem genehmigten Heil- und Kostenplan ja nein

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

Muster

Name und Anschrift des Zahnarztes														
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

Vordr. 6b (reife) 05. 07.2021; 900423/05; Nr. 0011/19734; www.zahnarzt.de

Vordruck 6c: Ergebnis Begutachtung (KFO)

Gültig ab 2016

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Versichertennummer

Begutachtung kieferorthopädische Behandlung

Die Erstellung des Gutachtens über

KFO-Behandlungsplan vom _____ KFO-Verlängerungsantrag vom _____

KFO-Therapieänderung vom _____ KIG-Einstufung vom _____

KFO-Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____

erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Ergebnis

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

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

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

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

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

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

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

Name und Anschrift des Zahnarztes

Muster

Stempel des Gutachters / Ort, Datum / Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 01.07.2021

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

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

Kostenabrechnung des Gutachters

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

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Gutachters

Muster

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.

Vordr. 6d (abgep. 16.04. 02.2021) sodm20211001, Nr. 105 118 2014, www.nachrichtens.de

Originalgröße: DIN A4

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

Gültig ab 2000

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Bonusheft </div> <p>Zahngesundheitsuntersuchungen – – Nachweis von für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>PLZ/Wohnort: <input type="text"/></p> <p><small>SOBIZ-01/2019 Nr. 0101/2019 www.sobiz.de</small></p>
<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		
Zuzahlungs-pflicht	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 <u>Vorrangige Heilmittel:</u> <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	<u>Ergänzende Heilmittel:</u> <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 <u>Therapiedauer</u> <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"/>		Muster
		Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Rückseite

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

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

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

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

IK des Leistungserbringers

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

Belegnummer

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

Behandlungsabbruch

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

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

Abweichung
von der Frequenz

Begründung

Muster
Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Originalgröße: DIN A4

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

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

Gültig ab 30.09.2020

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

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

Muster

Originalgröße: DIN A4 quer

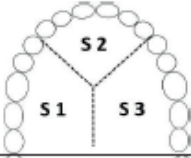
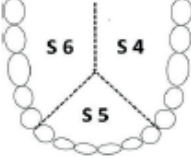
Vordruck 11: Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Gültig ab 01.07.2021

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____ Name: _____

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

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

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

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

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

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

Muster

Vordr. 11 (2004, 07/2021) *Ärztliche Anz. 24/19/2019/1914* SCHÜTZZEICHEN *K 1111111114* www.bmv-z.de

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> <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 _____	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> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin-top: 10px;"> Muster </div> <div style="text-align: right; font-size: 8pt; margin-top: 5px;"> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes </div>															
<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> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Sonstige _____		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; margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Im Krankengeldfall</td> <td style="width: 35%;"><input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall</td> <td style="width: 35%;"><input type="checkbox"/> Endbescheinigung</td> </tr> </table> <p style="font-size: 8pt; margin-top: 5px;">Hinweis für Versicherte zum Krankengeld 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. Verletzengeld vermieden werden.</p> </div>		Im Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> Endbescheinigung												
Im Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall	<input type="checkbox"/> Endbescheinigung														
Dokumentenversion: Dokumententyp:	PRF NR.															

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="margin: 5px 0;">arbeitsunfähig seit _____</p> <p style="margin: 5px 0;">voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p style="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; margin: 10px 0;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 20px;">Dokumentversion: Dokumenttyp:</p>															
<p style="font-size: x-small;">PRF.NR.</p>	<p style="font-size: x-small;">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>	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="text-align: center;"> <h1 style="color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg);">Muster</h1> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> </div> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Ausfertigung für Versicherte													
<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 _____											
<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>													
Dokumentenversion: Dokumententyp:	PRF NR.												

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

Verbindliches Muster

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

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

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.

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		geb. am
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	[Barcode]
	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 beim Arbeitgeber

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1.2018)

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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input 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

Verbindliches Muster

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

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						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)			
Diagnose			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser			
			Verbindliches Muster			
					Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
<i>Bitte die Rückseite beachten!</i>			Muster 2a (10.2014)			

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

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

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

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

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			<b style="color: red;">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		geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
Diagnose		Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser			
_____ _____ _____ _____		Verbindliches Muster			
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!					
Untersuchungsergebnisse _____					

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____					

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____					

Mitgegebene Befunde _____					

<div style="border: 1px solid red; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung für den überweisenden Arzt</div> 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 TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

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

Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung, Rückseite

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!
Bestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

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

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

nein ja

Datum: T | T | M | M | J | J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 16: Arzneiverordnungsblatt

Freigabe 01.09.2014

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apotheken-Nummer / IK
<input type="checkbox"/> Geb.-zif.	Name, Vorname des Versicherten	Zahlung		Gesamt-Brutto						
<input type="checkbox"/> modu	Verbindliches Muster									
<input type="checkbox"/> Sonstige										
<input type="checkbox"/> Unfall	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status							
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)										Vertragsarztstempel
<input type="checkbox"/> aut idem										
<input type="checkbox"/> aut idem										
<input type="checkbox"/> aut idem										
		6666		[] [] [] [] [] []		Abgabedatum in der Apotheke				Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!										
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer								

Originalgröße: DIN A6 quer

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

Freigabe 01.09.2014		
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<p>Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung</p> <p>notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Ärztliche Bescheinigung für 21 den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</p> <p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis einschließlich <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.</p>		
<p>Verbindliches Muster</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>		
Muster 21 (10.2014)		

Originalgröße: DIN A6 quer

