

# Ausfüllhinweise zur Mitteilung über eine chirurgische Therapie gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-Richtlinie

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherungs-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	

Vordr. 5c (2008-07-2001) "Notwendig ab 2. Jahrgang" SCHÖTZEL/COX, 94 61118 7144 www.schötzels.de

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

### 1. Parodontalstatus vom \_\_\_\_\_

Im Datumsfeld ist dasjenige Datum anzugeben, das bei der Antragstellung als Datum des Parodontalstatus angegeben wurde.

## **2. Anzuzeigende Leistungen**

Die Durchführung einer chirurgischen Therapie ist der Krankenkasse lediglich zur Kenntnis zu geben; ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. In der Tabelle ist aufzuführen, an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT a und an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT b erfolgen. Die Zähne sind grundsätzlich einzeln anzugeben; Gebietsangaben dürfen erfolgen, wenn sämtliche in dem benannten Gebiet liegenden Zähne eine CPT erhalten und die Anzahl der behandelten Zähne eindeutig aus dem Gebiet erkennbar ist.

## **3. Datum, Unterschrift und Stempel**

Die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT) ist mit Datum, Unterschrift und Stempel zu versehen.

## **4. Hinweis auf Überweisung**

Die Mitteilung über die CPT ist von der Praxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung durchführt. Wird der Patient an eine andere Praxis zwecks Vornahme der CPT überwiesen, ist dies in der Freifläche im Formular anzugeben, z. B. durch die Angabe: „CPT erfolgt durch spezialisierten Zahnarzt“.