

## **41. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z**

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Köln

und der

**Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)**, K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

### **Änderung der Anlage 14a BMV-Z**

hier: Vordrucke Leistungsnachweis bei Ruhen der Ansprüche, Patienteninformationen  
Zahnersatz, Direktabrechnung Zahnersatz, Mehrkostenvereinbarung KFO, Antrag  
Verlängerung UPT, Ergebnis der Begutachtung (ZE, PAR, KG)

### **Änderung der Anlage 14b BMV-Z**

hier: A. Allgemeines, Personalienfeld

### **Änderung der Anlage 14c BMV-Z**

hier: Abbildungen eFormulare



(II) Der Vordruck 3c „Patienteninformation Regelversorgung“ wird wie folgt gefasst:

### Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung

Seite 1

## Informationen zu Ihrem Zahnersatz

### Planung und Kosten der gewünschten Regelversorgung

(Auszug aus Stempeldaten: Name Zahnarzt, Name Praxis, Adresse Praxis)  
(Kontaktdaten: z. B. Tel.-Nr., E-Mail)

#### I. Versicherte / Versicherter

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede  
Vorname Nachname Versicherte/r  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort

Geburtsdatum

Versichertennummer

Name der Krankenkasse

Antragsnummer

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

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| TP |    |    |    |    |    |    |    |    |
| R  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| B  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |
|    | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 |
| B  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| R  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TP |    |    |    |    |    |    |    |    |

|    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|
|    |    |    |    |    |    |    |    |  | TP |
|    |    |    |    |    |    |    |    |  | R  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |  | B  |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  |    |
| 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |  |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |  | B  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |  | R  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |  | TP |

#### III. Bemerkungen

Kennzeichen, s. Anhang: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_

#### IV. 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)

Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

#### V. 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 IV.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Bitte bei Einverständnis diese Patienteninformation unterschrieben an die Praxis zurückgeben. Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch durch die Praxis.

Stand 03/2023

Originalgröße DIN A4

### Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung

Bei Bestehen einer privaten Zusatzversicherung zum Zahnersatz sind der Versicherung zwecks Abklärung der Kostenbeteiligung neben Seite 1 auch diese Seite und der Anhang vorzulegen.

#### VI. Weitere Angaben

- |                                                                                         |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen / Berufskrankheit                     | <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden                                              |
| <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK                                          | <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK                                          |
| <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK                                          | <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK                                          |
| <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK<br>Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK<br>Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM                                                            |                                                                                         |

#### VII. Befunde für Festzuschüsse

| Befund-Nr. | Zahn/Gebiet | Anzahl |
|------------|-------------|--------|
|            |             |        |

#### VIII. Kostenplanung

| BEMA-Nr. | Anzahl | BEMA-Nr. | Anzahl |
|----------|--------|----------|--------|
|          |        |          |        |

Originalgröße DIN A4

**Anhang: Erläuterungen****Befund:**

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

**Therapieplanung:**

|     |   |                                                                                  |      |   |                                                                                             |
|-----|---|----------------------------------------------------------------------------------|------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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)                        | SEO  | = | zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung            |
| B   | = | Brückenglied                                                                     | SK   | = | implantatgetragene Krone                                                                    |
| BM  | = | Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet                         | SKM  | = | implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone                      |
| BV  | = | Brückenglied mit vestibulärer Verblendung                                        | SKMO | = | implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe        |
| E   | = | zu ersetzender Zahn                                                              | SKO  | = | implantatgetragene Krone mit Geschiebe                                                      |
| EO  | = | zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung                                           | SKV  | = | implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung                                       |
| H   | = | gegossene Halte- und Stützvorrichtung                                            | SKVO | = | implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe                         |
| K   | = | Krone                                                                            | SO   | = | implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanker, 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                                               | TV   | = | Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung                                                  |
| KVH | = | Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement                              | T2   | = | Sekundärteil einer Teleskopkrone                                                            |
| KVO | = | Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe                                 | T2M  | = | Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet               |
| PK  | = | Teilkronen                                                                       | T2V  | = | Sekundärteil einer 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 |      |   |                                                                                             |

**Kennzeichen Bemerkungen:**

|    |                                                                                                                                   |    |                                                                                                        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | medizinische Indikation<br>z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet                                   | 10 | Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“) |
| 02 | Zahnersatz verloren                                                                                                               | 11 | Wiederherstellung/Bruch                                                                                |
| 03 | Indikation BEMA 98e                                                                                                               | 12 | Wiederherstellung/Sprung                                                                               |
|    | Begründung für 4,5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.) | 13 | Wiederherstellung/Unterfütterung partiell                                                              |
| 04 | Langzeitprovisorium                                                                                                               | 14 | Wiederherstellung/Unterfütterung total                                                                 |
| 05 | Topographische Lage                                                                                                               | 15 | Erosionsgebiss                                                                                         |
|    | Lückenschluss im Verblendegebiet                                                                                                  | 16 | Erweiterung Halteelement                                                                               |
| 06 | Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff                                                                                  | 17 | Erweiterung Zahn/Zähne                                                                                 |
| 09 | Vollkeramische Restauration                                                                                                       | 18 | Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation                                                  |
|    |                                                                                                                                   | 19 | Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)                            |
|    |                                                                                                                                   | 20 | Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a                                                          |
|    |                                                                                                                                   | 21 | Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b                                                          |

- (III) Der Vordruck 3d „Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung“ wird wie folgt gefasst:

### Vordruck 3d: Patienteninformation gleich- und andersartige Versorgung

Seite 1

#### Informationen zu Ihrem Zahnersatz

#### Planung und Kosten der gewünschten, von der Regelversorgung abweichenden Behandlung

(Auszug aus Stempeldaten: Name Zahnarzt, Name Praxis, Adresse Praxis)  
(Kontaktdaten: z. B. Tel.-Nr., E-Mail)

##### I. Versicherte / Versicherter

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede  
Vorname Nachname Versicherte/r  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort

Geburtsdatum

Versichertennummer

Name der Krankenkasse

Antragsnummer

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

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| TP |    |    |    |    |    |    |    |    |
| R  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| B  |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |
|    | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 |
| B  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| R  |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TP |    |    |    |    |    |    |    |    |

|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|  |    |    |    |    |    |    |    |    | TP |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    | R  |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    | B  |
|  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |    |
|  | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |    |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    | B  |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    | R  |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    | TP |

##### III. Bemerkungen

Kennzeichen, s. Anhang: \_\_\_\_\_  
Zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### IV. Voraussichtliche Kosten für die gewünschte, von der Regelversorgung abweichende Behandlung

| Zahn/<br>Gebiet | GOZ-Nr. | Leistungsbeschreibung | Anzahl | Betrag EUR |
|-----------------|---------|-----------------------|--------|------------|
|-----------------|---------|-----------------------|--------|------------|

Tabelle GOZ-Leistungen  
nach Bedarf verlängerbar

Originalgröße DIN A4

**Fortführung zu IV.**

|                                                                                 |       |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|
| Zahnärztliches Honorar BEMA:                                                    | _____ | (EUR)        |
| Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt):                                         | _____ | (EUR)        |
| Material und Laborkosten (geschätzt):                                           | _____ | (EUR)        |
| Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):                                        | _____ | (EUR)        |
| Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages:<br>( ____ % Festzuschuss) | _____ | (EUR)        |
| <b>Ihr voraussichtlicher Eigenanteil der gewünschten Behandlung:</b>            | _____ | <b>(EUR)</b> |

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

**V. Zum Vergleich: Das wären die Kosten bei Wahl der Regelversorgung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt jährlich Festzuschüsse zum Zahnersatz fest. Ein Festzuschuss in Höhe von 100 % entspricht dabei den Kosten, die durchschnittlich für die Regelversorgung anfallen. Da Versicherte aber, von Härtefällen abgesehen, einen Eigenanteil übernehmen müssen, zahlt die Krankenkasse lediglich Festzuschüsse je nach Bonusheft in Höhe von 60, 70 oder 75 %.

Die Kosten für die Regelversorgung bei Ihrem Befund würden voraussichtlich betragen (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von 100 %): \_\_\_\_\_ (EUR)

Die Krankenkasse zahlt voraussichtlich (entspricht dem Festzuschuss in Höhe von \_\_\_\_ %): \_\_\_\_\_ (EUR)

Damit läge Ihr Eigenanteil voraussichtlich bei (ohne möglicherweise zusätzlich anfallende Edelmetallkosten): \_\_\_\_\_ (EUR)

**VI. 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 **von der Regelversorgung abweichende Behandlung** entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Versicherten

**Bitte bei Einverständnis diese Patienteninformation unterschrieben an die Praxis zurückgeben. Die Beantragung der Behandlung gegenüber der Krankenkasse erfolgt elektronisch.**

Stand 03/2023

**Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung**

Bei Bestehen einer privaten Zusatzversicherung zum Zahnersatz sind der Versicherung zwecks Abklärung der Kostenbeteiligung neben den Vorseiten auch diese Seite und der Anhang vorzulegen.

**VII. Weitere Angaben**

- |                                                                                         |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen / Berufskrankheit                     | <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden                                              |
| <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK                                          | <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK                                          |
| <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK                                          | <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK                                          |
| <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone OK<br>Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK<br>Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM                                                            |                                                                                         |

**VIII. Befunde für Festzuschüsse**

| Befund-Nr. | Zahn/Gebiet | Anzahl |
|------------|-------------|--------|
|            |             |        |

**IX. Kostenplanung**

| BEMA-Nr. | Anzahl |
|----------|--------|
|          |        |

| BEMA-Nr. | Anzahl |
|----------|--------|
|          |        |

Originalgröße DIN A4



**Anhang: Erläuterungen****Befund:**

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

**Therapieplanung:**

|     |                                                                                    |      |                                                                                               |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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)                        | SEO  | = zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung            |
| B   | = Brückenglied                                                                     | SK   | = implantatgetragene Krone                                                                    |
| BM  | = Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet                         | SKM  | = implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone                      |
| BV  | = Brückenglied mit vestibulärer Verblendung                                        | SKMO | = implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe        |
| E   | = zu ersetzender Zahn                                                              | SKO  | = implantatgetragene Krone mit Geschiebe                                                      |
| EO  | = zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung                                           | SKV  | = implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung                                       |
| H   | = gegossene Halte- und Stützvorrichtung                                            | SKVO | = implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe                         |
| K   | = Krone                                                                            | SO   | = implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnopfanker, 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                                               | TV   | = Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung                                                  |
| KVH | = Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement                              | T2   | = Sekundärteil einer Teleskopkrone                                                            |
| KVO | = Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe                                 | T2M  | = Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet               |
| PK  | = Teilkronen                                                                       | T2V  | = Sekundärteil einer 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 |      |                                                                                               |

**Kennzeichen Bemerkungen:**

|    |                                                                                                                                   |    |                                                                                                        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | medizinische Indikation<br>z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet                                   | 10 | Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“) |
| 02 | Zahnersatz verloren                                                                                                               | 11 | Wiederherstellung/Bruch                                                                                |
| 03 | Indikation BEMA 98e                                                                                                               | 12 | Wiederherstellung/Sprung                                                                               |
|    | Begründung für 4,5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.) | 13 | Wiederherstellung/Unterfütterung partiell                                                              |
| 04 | Langzeitprovisorium                                                                                                               | 14 | Wiederherstellung/Unterfütterung total                                                                 |
| 05 | Topographische Lage                                                                                                               | 15 | Erosionsgebiss                                                                                         |
|    | Lückenschluss im Verblendsbereich                                                                                                 | 16 | Erweiterung Halteelement                                                                               |
| 06 | Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff                                                                                  | 17 | Erweiterung Zahn/Zähne                                                                                 |
| 09 | Vollkeramische Restauration                                                                                                       | 18 | Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freiendsituation                                                 |
|    |                                                                                                                                   | 19 | Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)                            |
|    |                                                                                                                                   | 20 | Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a                                                          |
|    |                                                                                                                                   | 21 | Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b                                                          |

### Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Originalgröße DIN A4

- (V) Anlage 14a wird um den Vordruck 4d „Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V“ wie folgt ergänzt:

**Vordruck 4d: Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V**

Seite 1

| <b>Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen<br/>bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                          |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|-------|----------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-------|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> Erstvereinbarung    <input type="checkbox"/> Folgevereinbarung</div><div>Vereinbarungsnummer: _____</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"><u>[Name, Adresse Zahnarztpraxis]</u></div> <div>[Anrede]<br/>[Vorname Nachname Versicherte/r]<br/>[Straße Hausnummer]<br/>[PLZ Ort]</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-bottom: 5px;"></div> Vertragszahnarztstempel   |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <div style="display: flex; align-items: flex-start;"><div style="margin-right: 10px;">Zwischen<br/>—<br/>und<br/>für</div><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%;"></div><div style="margin-top: 5px; font-size: small;">Zahlungspflichtige/r</div><div style="margin-top: 5px; font-size: small;">Zahnärztin/Zahnarzt</div><div style="margin-top: 5px; font-size: small;">Versicherte/r (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                          |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <p>werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privat Zahnärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:</p> <p><b>Kostenübersicht (Details siehe Anhang)</b></p> <table style="width: 100%;"><thead><tr><th style="text-align: left;"><b>Leistungen</b></th><th style="text-align: right;"><b>Betrag in EUR</b></th></tr></thead><tbody><tr><td>Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr><tr><td>Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr><tr><td><b>Zwischensumme</b></td><td style="text-align: right;">_____</td></tr><tr><td>Voraussichtliche private Material- und Laborkosten</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr><tr><td><b>Ihr voraussichtlicher Kostenanteil</b></td><td style="text-align: right;">_____</td></tr></tbody></table> |                                                                                                          | <b>Leistungen</b> | <b>Betrag in EUR</b> | Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ | _____ | Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA | _____ | <b>Zwischensumme</b> | _____ | Voraussichtliche private Material- und Laborkosten | _____ | <b>Ihr voraussichtlicher Kostenanteil</b> | _____ |
| <b>Leistungen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Betrag in EUR</b>                                                                                     |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | _____                                                                                                    |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | _____                                                                                                    |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <b>Zwischensumme</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | _____                                                                                                    |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| Voraussichtliche private Material- und Laborkosten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | _____                                                                                                    |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <b>Ihr voraussichtlicher Kostenanteil</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | _____                                                                                                    |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <p><b>Aufklärung über zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten</b></p> <p>Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat mir verschiedene kieferorthopädische Behandlungsmethoden erklärt. Sie/er hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach BEMA) und bei der ich nichts zusätzlich zahlen muss. Hierauf haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der Zahnmedizinischen Wissenschaft.</p> <p>Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.</p>                                              |                                                                                                          |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Ort, Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Ort, Datum                       |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Unterschrift Zahlungspflichtige/r                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |
| Seite 1 von 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |                   |                      |                                             |       |                                                                    |       |                      |       |                                                    |       |                                           |       |

Originalgröße DIN A4

## Anhang: Kostenaufstellung

zur Vereinbarung über Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V für [Vorname Nachname Versicherte/r]

Vereinbarungsnummer: \_\_\_\_\_

### Erläuterung zur Tabelle

Art der Leistung:

M = Mehrleistungen: Einen Teil der Kosten für diese Leistungen trägt die/der Versicherte. Den anderen Teil trägt die Krankenkasse.

Z = Zusatzleistungen: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.

A = Andere Leistungen im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung: Die Kosten für diese Leistungen trägt vollständig die/der Versicherte.

Kostenanteil Versicherte/r:

Die Kostenaufstellung beruht auf den aktuellen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und den aktuellen Preisen für Materialien und Laborleistungen. Im Lauf der Behandlung können sich z. B. Vergütungen und Preise ändern. Deshalb handelt es sich in der nachfolgenden Aufstellung um voraussichtliche Kostenanteile und Beträge. Es kann auch sein, dass sich die Behandlungsleistungen ändern und Sie eine Folgevereinbarung erhalten.

[illegible]

Voraussichtlicher Kostenanteil der/des Versicherten für die obenstehenden privatärztlichen Leistungen \_\_\_\_\_

Voraussichtliche private Material- und Laborkosten

Von der/dem Versicherten voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag

(VI) Die Anlage 14a wird um den Vordruck 5d: „Antrag auf Verlängerung der UPT“ wie folgt ergänzt:

### Vordruck 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

|                                                                                                                   |                  |                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger<br>Name, Vorname des Versicherten<br><div style="text-align: right;">geb. am</div> |                  | <b>Antrag auf Verlängerung<br/>der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)</b><br>gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie |  |
| Kostenträgerkennung                                                                                               | Versicherten-Nr. | Status                                                                                                                |  |
| Abrechnungs-Nr.                                                                                                   | Zahnarzt-Nr.     | Datum                                                                                                                 |  |

  

Parodontalstatus vom: \_\_\_\_\_ Grad (Progression) nach PAR-Status: ☐ A ☐ B ☐ C

Datum der ersten UPT-Leistung: \_\_\_\_\_

— An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen  $\geq 4$  mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen  $\geq 5$  mm vor:

☐ Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.

☐ Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt \_\_\_\_\_ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:

  

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> | <b>Gutachten</b><br><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet<br><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet<br>(Begründung auf gesonder-<br>tem Blatt) | <b>Entscheidung<br/>der Krankenkasse</b><br>Die Kosten für die Verlängerung<br>der UPT<br><input type="checkbox"/> werden übernommen<br><input type="checkbox"/> werden nicht übernommen |
| Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b>                                                                                      | Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Gutachters</b>                                                                                                                     | Datum, Unterschrift und Stempel der <b>Krankenkasse</b>                                                                                                                                  |

Originalgröße DIN A4

**(VII)** Der Vordruck 6b: „Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)“ wird wie folgt gefasst:

### Vordruck 6b: Ergebnis der Begutachtung (ZE, PAR, KG)

## Ergebnis der Begutachtung (ZE, PAR, KG)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Teil C: Struktur und Inhalt der Fachinhalte

geb. am

Versichertennummer

Die Erstellung des Gutachtens über

- ☐ die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom
- ☐ ausgeführte prothetische Leistungen vom
- ☐ den PAR-Behandlungsplan (PAR-Status) vom
- ☐ die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom
- ☐ die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkerkrankungen vom

erfolgte am \_\_\_\_\_ Untersuchung des Patienten am \_\_\_\_\_

Das **Zahnschema** ist nur bei der Begutachtung einer Versorgung mit Zahnersatz auszufüllen.

Das **Zahnschema** ist nur bei der Begutachtung einer Versorgung mit Zahnersatz auszufüllen.  
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.

[illegible]

Hinweis:

Es sind die vertraglich vereinbarten Befund- und Therapiekürzel gemäß den Vordrucken 3c und 3d der Anlage 14a zum BMV-Z in der jeweils aktuellen Fassung einzutragen.

## Ergebnis

1. Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan, die 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)

Name und Anschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

|  |
|--|
|  |
|--|

Stempel der Gutachterin / des Gutachters / Datum / Unterschrift

Stand 03/2023

Originalgröße DIN A4

## Artikel 2

### Änderung der Anlage 14b BMV-Z

- (I) In Anlage 14b wird im Abschnitt A. Allgemeines bei Ziffer 2 der Text zu „Zeile 7“ wie folgt gefasst:

Zeile 7: Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. (bei Formularen aus dem vertragsärztlichen Bereich: Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr.)

Im Feld für die Abrechnungs-Nr./Betriebsstätten-Nr. wird die neunstellige Abrechnungsnummer eingetragen, die wie folgt aufgebaut ist: Führende „0“, 2-stellige KZV- und 6-stellige Abrechnungsnummer der Praxis. Im Feld für die Zahnarzt-Nr./Arzt-Nr. wird die 9-stellige Zahnarzt Nummer eingetragen. Die Angabe des Ersatzwerts 999999991 erfolgt durch Leistungserbringer, für die eine Zahnarzt Nummer gemäß der Vereinbarung ZANRV nach § 293 Abs. 4 SGB V nicht vergeben wird.

- (II) In Anlage 14b wird im Abschnitt A. Allgemeines in der Tabelle der Druckvorschriften bei Druckzeile 7, Spalte „Druckvorschrift eGK“, die Nr. 999999991 durch „Zahnarzt Nummer, 9-stellig“ ersetzt. Die zugehörige Fußnote 4 wird wie folgt gefasst: „<sup>4</sup> Eingeführt seit 01.01.2023“

- (III) In Anlage 14b wird im Abschnitt A. Allgemeines in der Tabelle der Druckvorschriften bei Druckzeile 7, Spalte „Feld“ der Text „Datum des Ausdrucks bei zahnärztlicher Heilmittelverordnung und ärztlichen Formularen 1, 2, 4, 16, 21“ wie folgt ersetzt:

Datum der Ausstellung bei zahnärztlicher Heilmittelverordnung und ärztlichen Formularen 1, 2, 4, 16, 21

## Artikel 3

### Änderung der Anlage 14c BMV-Z

- (I) Die Seite 1 der Anlage 14c erhält folgende Fassung:

#### **Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 01.04.2023**

##### **Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich**

|                        |                                                                                                     |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>eFormular 2</b>     | - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch                                     |
| <b>eFormular 3</b>     | - Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz                                                               |
| <b>eFormular 4a</b>    | - KFO-Behandlungsplan                                                                               |
| <b>eFormular 5a</b>    | - Parodontalstatus Blatt 1                                                                          |
| <b>eFormular 5b</b>    | - Parodontalstatus Blatt 2                                                                          |
| <b>eFormular 5d</b>    | - Antrag auf Verlängerung der UPT (derzeit nicht besetzt)                                           |
| <b>eFormular 5e</b>    | - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V |
| <b>eFormular MIT 1</b> | - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Planmäßiger Abschluss der Behandlung                         |
| <b>eFormular MIT 2</b> | - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Unplanmäßiger Verlauf                                        |
| <b>eFormular MIT 3</b> | - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Behandlungsabbruch                                           |
| <b>eFormular MIT 4</b> | - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V                                                |
| <b>eFormular MIT 5</b> | - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung                |
| <b>eFormular MIT 6</b> | - Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Zusätzlich erforderliche Leistungen                          |

**eFormular MIT 7** - Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen – Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)

**eFormular MIT 8** - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

### Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

**e01** - elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)\*

\*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt (siehe Anlage 14a).

- (II) In Anlage 14c werden die eFormulare 2, 3, 4a, 5a, 5b, 5e und MIT 1 bis MIT 8 wie folgt aufgenommen:

### eFormular 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

**Behandlungsplan für**  
☐ **Kiefergelenkserkrankung**  
☐ **Kieferbruch**

**Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung** (nur bei Kieferbruch) Unfall ☐ ja ☐ nein  
**Anamnese/Befunde/Diagnose** (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von bis

**Geplante Leistungen**  
BEMA-Nr. Anz. Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)

Entscheidung der Krankenkasse (nur bei Kiefergelenkserkrankung) ☐ nicht genehmigt (Begründung ggf. auf besonderem Blatt) ☐ genehmigt

|                                              |                                                  |                                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Antragsnummer                                | Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse | Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan |                                                  |                                                |
| Verarbeitungskennzeichen                     |                                                  |                                                |
| Aktenzeichen PVS                             |                                                  |                                                |
| Seite logische Version                       |                                                  |                                                |





## Erläuterungen

### Befund

|     |                                                                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a   | Adhasivbrücke (Anker)                                                                                                                   |
| ab  | Adhasivbrücke (Brückenglied)                                                                                                            |
| abw | erneuerungsbedürftige Adhasivbrücke (Brückenglied)                                                                                      |
| aw  | erneuerungsbedürftige Adhasivbrücke (Anker)                                                                                             |
| b   | Brückenglied                                                                                                                            |
| bw  | erneuerungsbedürftiges Brückenglied                                                                                                     |
| e   | ersetzer Zahn                                                                                                                           |
| ew  | ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn                                                                                               |
| f   | fehlender Zahn                                                                                                                          |
| ix  | zu entfernendes Implantat                                                                                                               |
| k   | klinisch intakte Krone                                                                                                                  |
| kw  | erneuerungsbedürftige Krone                                                                                                             |
| plw | erneuerungsbedürftige Teilkrone                                                                                                         |
| pw  | erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten                                                                                 |
| r   | Wurzelschuttkappe mit ersetzttem Zahn                                                                                                   |
| nv  | erneuerungsbedürftige Wurzelschuttkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn                                                      |
| sb  | implantatgetragenes Brückenglied                                                                                                        |
| sbw | erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied                                                                                 |
| se  | ersetzt Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese                                                                                  |
| sew | ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese                                                     |
| sk  | implantatgetragene intakte Krone                                                                                                        |
| skw | erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone                                                                                          |
| so  | implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnokopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetzttem Zahn                                               |
| sow | erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelnokopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetzttem Zahn |
| st  | implantatgetragene Teleskopkrone                                                                                                        |
| stw | erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone                                                                                  |
| t   | Teleskopkrone                                                                                                                           |
| t2w | erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone                                                                                 |
| tw  | erneuerungsbedürftige Teleskopkrone                                                                                                     |
| ur  | unzureichende Retention                                                                                                                 |
| ww  | erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung                                                                                     |
| x   | nicht erhaltungswürdiger Zahn                                                                                                           |
| xl  | Lückenschluss                                                                                                                           |

### Behandlungsplanung

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

### Kennzeichen Bemerkungen gemäß Schlüsselverzeichnis 6.24; bei Wiederherstellung Art der Leistung (Pflichtangabe)

- 01 medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet
- 02 Zahnersatz verloren
- 03 Indikation BEMA 98e Begründung für 4 5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)
- 04 Langzeitprovisionium
- 05 Topographische Lage Lückenschluss im Verblendsbereich
- 06 Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
- 07 Zahnarzt wünscht Rücksprache
- 08 Versicherer wünscht Rücksprache
- 09 Vollkeramische Restauration
- 10 Wiederherstellung Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
- 11 Wiederherstellung Bruch
- 12 Wiederherstellung Sprung
- 13 Wiederherstellung Unterfütterung partiell
- 14 Wiederherstellung Unterfütterung total
- 15 Erosionsgebiss
- 16 Erweiterung Halteelement
- 17 Erweiterung Zahn/Zähne
- 18 Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freizugsituation
- 19 Hemisektion

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

Originalgröße DIN A4

# eFormular 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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="3" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnung-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        | Name, Vorname des Versicherten                                                                   |                                                         |                                                           | geb. am                                           |                                     |                                     | Kostenträgerkennung                  | Versicherten-Nr.                       | Status                                            | Abrechnung-Nr.                                                         | Zahnarzt-Nr.                                                              | Datum                                                                | <h2 style="text-align: center;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p>vom _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td>Verarbeitungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td>Aktenzeichen PVS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">logische Version</td> </tr> </table> | Antragsnummer                          | Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan | Verarbeitungsnummer | Art des Behandlungsplans           | Aktenzeichen PVS                   | logische Version                                                                                |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| geb. am                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Kostenträgerkennung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Versicherten-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Status                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Abrechnung-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Zahnarzt-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Datum                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Antragsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Verarbeitungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Art des Behandlungsplans                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Aktenzeichen PVS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| logische Version                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <b>Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese</b><br/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus    <input type="checkbox"/> Sonstiges<br/> <input type="checkbox"/> Tabakkonsum         </td> <td style="width: 40%;"> <b>Spezielle Vorgeschichte</b><br/>           Frühere PAR-Therapie<br/>           Angabe des Jahres: ca. _____         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese</b><br><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> Tabakkonsum                                                                        | <b>Spezielle Vorgeschichte</b><br>Frühere PAR-Therapie<br>Angabe des Jahres: ca. _____ |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <b>Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese</b><br><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges<br><input type="checkbox"/> Tabakkonsum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Spezielle Vorgeschichte</b><br>Frühere PAR-Therapie<br>Angabe des Jahres: ca. _____                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>Diagnose</b>    <input type="checkbox"/> Parodontitis    <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen<br/> <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen<br><input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen<br><input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5"><b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td>Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td><input type="checkbox"/> &lt; 15 %<br/><input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td><input type="checkbox"/> 15 - 33 %<br/><input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> &gt; 33 %<br/><input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)</td> </tr> <tr> <td>Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td>Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)                                                                                                                                                              |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   | <input type="checkbox"/> Stadium I  | <input type="checkbox"/> Stadium II | <input type="checkbox"/> Stadium III | <input type="checkbox"/> Stadium IV    | Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL) | <input type="checkbox"/> < 15 %<br><input type="checkbox"/> (1 – 2 mm) | <input type="checkbox"/> 15 - 33 %<br><input type="checkbox"/> (3 – 4 mm) | <input type="checkbox"/> > 33 %<br><input type="checkbox"/> (≥ 5 mm) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Zahnverlust aufgrund von Parodontitis  | <input type="checkbox"/> Nein                |                     | <input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne | <input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne | Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt) | <input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA |  | <input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III | <input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich |
| <b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Stadium I                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Stadium II                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Stadium III                                                   | <input type="checkbox"/> Stadium IV                                                              |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> < 15 %<br><input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 15 - 33 %<br><input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> > 33 %<br><input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)                   |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Zahnverlust aufgrund von Parodontitis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne                                                     | <input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne                                                               |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III          | <input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3"><b>Ausmaß/Verteilung</b> (für das höchste Stadium)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lokalisiert (&lt; 30 % der Zähne)</td> <td><input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)</td> <td><input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ausmaß/Verteilung</b> (für das höchste Stadium)                                                                                                                                                                                                    |                                                                                        |                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) | <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) | <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <b>Ausmaß/Verteilung</b> (für das höchste Stadium)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster                                                                                                                                                                                                     |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><b>Grad (Progression)</b></td> <td><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td>Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td><input type="checkbox"/> &lt; 0,25</td> <td><input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0</td> <td><input type="checkbox"/> &gt; 1,0</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c &lt; 7,0 %</td> <td><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td>Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td><input type="checkbox"/> &lt; 10 Zig./Tag</td> <td><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Grad (Progression)</b>                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Grad A                                                        | <input type="checkbox"/> Grad B                                                                  | <input type="checkbox"/> Grad C                         | Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)                          | <input type="checkbox"/> < 0,25                   | <input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0 | <input type="checkbox"/> > 1,0      | Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Kein Diabetes | <input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %           | <input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %                                | Rauchen                                                                   | <input type="checkbox"/> Kein Rauchen                                | <input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <b>Grad (Progression)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Grad A                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Grad B                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Grad C                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> < 0,25                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> > 1,0                                                         |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Diabetes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Kein Diabetes                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %                                                |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| Rauchen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Kein Rauchen                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag                                                 |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |
| <b>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Entscheidung der Krankenkasse</b><br>Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/><br><b>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                  |                                                         |                                                           |                                                   |                                     |                                     |                                      |                                        |                                                   |                                                                        |                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                     |                                    |                                    |                                                                                                 |                                                                |  |                                                                               |                                                                                                  |

Originalgröße DIN A4

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |         |  |                                |  |         |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------|--|--------------------------------|--|---------|---------------------|------------------|--------|----------------|--------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnung-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> | Krankenkasse bzw. Kostenträger |         |  | Name, Vorname des Versicherten |  | geb. am | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | Abrechnung-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum | <p><b>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</b></p> |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |         |  |                                |  |         |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                         |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                | geb. am |  |                                |  |         |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                         |
| Kostenträgerkennung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Versicherten-Nr.               | Status  |  |                                |  |         |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                         |
| Abrechnung-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Zahnarzt-Nr.                   | Datum   |  |                                |  |         |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                         |

  

**Begründung**

— ☐ Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene

☐ Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit

☐ Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen

☐ Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST ≥ 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

  

**Folgende Leistungen werden angezeigt:**

| Geb.-Nr. | Zahnangabe | Anzahl |
|----------|------------|--------|
| 4        | -----      |        |
| AIT a    |            |        |
|          |            |        |
| AIT b    |            |        |
|          |            |        |
| CPT a    |            |        |
|          |            |        |
| CPT b    |            |        |
|          |            |        |

  

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

|                                              |                  |
|----------------------------------------------|------------------|
| Antragsnummer                                |                  |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan |                  |
| Verarbeitungskennzeichen                     |                  |
| Art des Behandlungsplans                     |                  |
| Aktenzeichen PVG                             | logische Version |

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

|                                              |                  |                  |
|----------------------------------------------|------------------|------------------|
| Mitteilungsnummer                            |                  |                  |
| Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung   |                  |                  |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan |                  |                  |
| Verarbeitungskennzeichen                     |                  |                  |
| Datum Behandlungsplan                        | Aktenzeichen PVS | logische Version |

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)**  
**Planmäßiger Abschluss der Behandlung (KFO):**

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

Datum Behandlungsabschluss:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

Originalgröße DIN A4



Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| Mitteilungsnummer                                             |
| Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung                    |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan                  |
| Verarbeitungskennzeichen                                      |
| Datum Behandlungsplan    Aktenzeichen PVS    logische Version |

### 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, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

|                                              |                  |                  |
|----------------------------------------------|------------------|------------------|
| Mitteilungsnummer                            |                  |                  |
| Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung   |                  |                  |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan |                  |                  |
| Verarbeitungskennzeichen                     |                  |                  |
| Datum Behandlungsplan                        | Aktenzeichen PVS | logische Version |

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung:  
Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung (KFO)**

Hiermit wird die Wiederaufnahme der abgebrochenen Behandlung  
mit der ursprünglichen Antragsnummer  
vom angezeigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

|                                              |                  |                  |
|----------------------------------------------|------------------|------------------|
| Mitteilungsnummer                            |                  |                  |
| Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung   |                  |                  |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan |                  |                  |
| Verarbeitungskennzeichen                     |                  |                  |
| Datum Behandlungsplan                        | Aktenzeichen PVS | logische Version |

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

**Erläuterung**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

|                                              |                  |                  |
|----------------------------------------------|------------------|------------------|
| Mitteilungsnummer                            |                  |                  |
| Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung   |                  |                  |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan |                  |                  |
| Verarbeitungskennzeichen                     |                  |                  |
| Datum Behandlungsplan                        | Aktenzeichen PVS | logische Version |

**Mitteilung zu einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen:  
Verlängerung Heil- und Kostenplan (ZE)**

Hiermit wird die Verlängerung des Heil- und Kostenplans  
vom mit der ursprünglichen Antragsnummer angezeigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------|--|--------------------------------|--|--|---------|--|--|---------------------|------------------|--------|----------------|--------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <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="3" style="text-align: right;">geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr><tr><td>Abrechnung-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr></table> | Krankenkasse bzw. Kostenträger |        |  | Name, Vorname des Versicherten |  |  | geb. am |  |  | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | Abrechnung-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Mitteilungsnummer</td></tr><tr><td>Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td></tr><tr><td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td></tr><tr><td>Verarbeitungskennzeichen</td></tr><tr><td>Datum Behandlungsplan   Aktenzeichen PVS   logische Version</td></tr></table> | Mitteilungsnummer | Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung | Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan | Verarbeitungskennzeichen | Datum Behandlungsplan   Aktenzeichen PVS   logische Version |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| geb. am                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Kostenträgerkennung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Versicherten-Nr.               | Status |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Abrechnung-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Zahnarzt-Nr.                   | Datum  |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Mitteilungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Verarbeitungskennzeichen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |
| Datum Behandlungsplan   Aktenzeichen PVS   logische Version                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |        |  |                                |  |  |         |  |  |                     |                  |        |                |              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                            |                                              |                          |                                                             |

  

**Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)**  
**gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-RL**

Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom \_\_\_\_\_ notwendig.

Überweisung an einen spezialisierten Zahnarzt zur Durchführung der CPT  
☐ ja                      ☐ nein

Folgende Leistungen werden angezeigt:

|          |            |
|----------|------------|
| Geb.-Nr. | Zahnangabe |
| CPT a    |            |
|          |            |
| CPT b    |            |
|          |            |

  

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

#### **Artikel 4**

#### **Inkrafttreten**

Artikel 1 Ziffern I, VI und VII treten mit Wirkung zum 01.06.2023 in Kraft.

Artikel 1 Ziffern II, III und IV treten mit Wirkung zum 01.10.2023 in Kraft.

Artikel 1 Ziffer V tritt mit Wirkung zum 01.07.2023 in Kraft.<sup>1</sup>

Artikel 2 Ziffern I und II treten mit Wirkung zum 01.01.2023 in Kraft.

Artikel 2 Ziffer III tritt mit Wirkung zum 01.06.2023 in Kraft.

Artikel 3 tritt mit Wirkung zum 01.04.2023 in Kraft.

Köln, Berlin ..... 07.06.2023

---

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

---

GKV-Spitzenverband

---

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

---

<sup>1</sup>Das Formular für kieferorthopädische Mehrkostenvereinbarungen gem. § 29 Abs. 7 SGB V erlangt zeitgleich mit dem Mehrleistungskatalog mit Wirkung ab dem 1. Juli 2023 Gültigkeit und ist mit Integration in das Praxisverwaltungssystem von der jeweiligen Vertragszahnarztpraxis für entsprechende Mehrkostenvereinbarungen verbindlich anzuwenden. Hierfür wird eine Übergangszeit von maximal drei Monaten gewährt.