

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

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
Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM | |

VII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

VIII. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

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 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 Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)	12	Wiederherstellung/Sprung
04	Langzeitprovisorium	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendebereich	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	15	Erosionsgebiss
09	Vollkeramische Restauration	16	Erweiterung Halteelement
		17	Erweiterung Zahn/Zähne
		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

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: (____ % Festzuschuss)	_____	(EUR)
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil der gewünschten Behandlung:	_____	(EUR)

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

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.

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
Alter ca. _____ Jahre | <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone UK
Alter ca. _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> NEM | |

VIII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

IX. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

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 (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
bw	= erneuerungsbedürftiges Brückenglied	sow	= erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, 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 Teilkkrone	x	= nicht erhaltungswürdiger Zahn
r	= Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn	χ	= 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 (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
KH	= Krone mit Halteelement	ST	= implantatgetragene Teleskopkrone
KM	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet	STM	= implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
KMH	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement	STV	= implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
KMO	= Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe	T	= Teleskopkrone
KO	= Krone mit Geschiebe	TM	= Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KV	= Krone mit vestibulärer Verblendung	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	= Teilkkrone	T2V	= Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
PKM	= Teilkkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet		
PKV	= Teilkkrone mit vestibulärer Verblendung		
R	= Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn		
SB	= implantatgetragenes Brückenglied		
SBM	= implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied		

Kennzeichen Bemerkungen:

01	medizinische Indikation 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 Begründung für 4,5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)	12	Wiederherstellung/Sprung
04	Langzeitprovisorium	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblenbereich	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	15	Erosionsgebiss
09	Vollkeramische Restauration	16	Erweiterung Halteelement
		17	Erweiterung Zahn/Zähne
		18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freisituation
		19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
		20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
		21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

- (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

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

Erstvereinbarung Folgevereinbarung Vereinbarungsnummer: _____

<p>[Name, Adresse Zahnarztpraxis]</p> <p>[Anrede] [Vorname Nachname Versicherte/r] [Straße Hausnummer] [PLZ Ort]</p>	<p>Vertragszahnarztstempel</p>
--	--------------------------------

Zwischen _____
 — Zahlungspflichtige/r
 und _____
 Zahnärztin/Zahnarzt
 für _____
 Versicherte/r (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privat Zahnärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)	Betrag in EUR
Leistungen	
Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ	_____
Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA	_____
Zwischensumme	_____
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten	_____
Ihr voraussichtlicher Kostenanteil	_____

Aufklärung über zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten

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.

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.

Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift Zahlungspflichtige/r	Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Seite 1 von 2

Originalgröße DIN A4

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

Vordruck 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum														
<p>Parodontalstatus vom: _____ Grad (Progression) nach PAR-Status: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C</p> <p>Datum der ersten UPT-Leistung: _____</p>																
<p>— An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vor:</p>																
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>																
<p><input type="checkbox"/> Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt _____ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:</p>																
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>																
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p>	<p>Gutachten</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters</p>	<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten für die Verlängerung der UPT</p> <p><input type="checkbox"/> werden übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> werden nicht übernommen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>														

Stand 09/2022

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 Zahnarztnummer eingetragen. Die Angabe des Ersatzwerts 999999991 erfolgt durch Leistungserbringer, für die eine Zahnarztnummer 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 „Zahnarztnummer, 9-stellig“ ersetzt. Die zugehörige Fußnote 4 wird wie folgt gefasst: „⁴ 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

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

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

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

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

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	
Abrechnungs-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)

BEMA-Nr.	Anz.	Interdentalräume

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		

eFormular 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

Seite 1, 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

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsglied des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.

Datum/Unterschrift des Versicherten _____

Lfd.-Nr. _____

Stempel des Zahnarztes _____

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund

Art der Versorgung	TP												R				B					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
R																						
B																						
B																						
R																						
TP																						

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

Bemerkungen (zur Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro	Ct

Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit Immmediatversorgung OK Interimsversorgung OK

Versorgungsleiden Immmediatversorgung UK Interimsversorgung UK

Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK Alter ca. _____ Jahre

Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK NEM

Direktabrechnung

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse _____

Hinweis:

% Festzuschuss Es liegt ein Härtefall vor.

voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall

% Festzuschuss voraussichtlich Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor

III. Kostenplanung

1 BEMA-Nrn.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.

Euro Ct

2 Zahnärztliches Honorar BEMA:
3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)
4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)
5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)

Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____

III. Kostenplanung GOZ

1 Fortsetzung		
GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2 Anz. 3

Antragsnummer

Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan _____

Gutachterlich befürwortet ja nein teilweise

Verarbeitungskennzeichen _____

Art des Behandlungsplans _____

Therapieschritt _____

Aktenzeichen PVS logische Version _____

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters _____

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Zusätzliche Erläuterung _____

Originalgröße DIN A4

Erläuterungen

Befund

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

Behandlungsplanung

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

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

01 medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet
 02 Zahnersatz verloren
 03 Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)
 04 Langzeitprovisionum
 05 Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich
 06 Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
 07 Zahnarzt wünscht Rücksprache
 08 Versicherter 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 Freisituation
 19 Hemisektion

Originalgröße DIN A4

eFormular 4a: KFO-Behandlungsplan

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>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag <div style="font-size: small; margin-left: 20px;"> Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale </div> <div style="margin-left: 20px;"> </div> <input type="checkbox"/> KIG-Einstufung <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung) <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Neuplanung <input type="checkbox"/> Kassenwechsel <input type="checkbox"/> Unfall																																																																																
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																																													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																																											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																																											
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																																																																											
Anamnese <hr/>																																																																																													
Diagnose OK <hr/>																																																																																													
UK <hr/>																																																																																													
Bisslage <hr/>																																																																																													
Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/> Erwachsenenbehandlung <input type="checkbox"/>																																																																																													
OK <hr/>																																																																																													
UK <hr/>																																																																																													
Bisslage <hr/>																																																																																													
Verwend. Geräte <hr/>																																																																																													
Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>A 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>A 928</th><th>A 934 a</th><th>b</th><th>A 935 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>5</th><th>7 a</th><th>12</th><th>116</th><th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>117</td><td>118</td><td>126 a</td><td>b</td><td>d</td><td>127 a</td><td>b</td><td>128 a</td><td>b</td><td>c</td><td>130</td><td>131 a</td><td>b</td><td>c</td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th></th><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>III-Z</th><th>Summe</th><th>Schlüssel</th><th></th><th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>UK 119</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 50%;">Sonstige Leistungen:</td> <td style="width: 10%;">Geb.-Nr.</td> <td style="width: 10%;">Anz.</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 50%;">Geschätzte Material u. Laborkosten EUR</td> <td style="width: 50%;">voraussichtl. Gesamtkosten EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 50%;">voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116		117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c				I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel			OK 119											UK 119											120											Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Anz.						Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR			voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale			
A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116																																																																															
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c																																																																																
	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel																																																																																					
OK 119																																																																																													
UK 119																																																																																													
120																																																																																													
Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Anz.																																																																																											
Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR																																																																																												
voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Kassenwechsel voriges IK</td> <td>Abschlagsnummer</td> <td>Akt.-Z. PVS</td> </tr> <tr> <td>Behandlerwechsel ab Quartal</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Antragsnummer			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			Verarbeitungskennzeichen			Kassenwechsel voriges IK	Abschlagsnummer	Akt.-Z. PVS	Behandlerwechsel ab Quartal			<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</td> <td style="width: 50%;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </table> Entscheidung der Krankenkasse <small>Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat- und Laborkosten) beträgt:</small> % <small>Anspruch besteht ab Quartal</small> 	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes																																																																											
Antragsnummer																																																																																													
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																																																																																													
Verarbeitungskennzeichen																																																																																													
Kassenwechsel voriges IK	Abschlagsnummer	Akt.-Z. PVS																																																																																											
Behandlerwechsel ab Quartal																																																																																													
Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes																																																																																												

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

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" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p>						
Krankenkasse bzw. Kostenträger																			
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																	
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																	
<p>Begründung</p> <p>— <input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST ≥ 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p>																			
<p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 70%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 20%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a			AIT b			CPT a			CPT b		
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																	
4	-----																		
AIT a																			
AIT b																			
CPT a																			
CPT b																			
<p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Aktenzeichen PVS</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">logische Version</td> </tr> </table>	Antragsnummer		Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		Verarbeitungskennzeichen		Art des Behandlungsplans		Aktenzeichen PVS	logische Version								
Antragsnummer																			
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																			
Verarbeitungskennzeichen																			
Art des Behandlungsplans																			
Aktenzeichen PVS	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
Abrechnungs-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

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

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 (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)
Unplanmäßiger Verlauf (KFO)**

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

- Schlechte Mundhygiene
- Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- Behandlungsapparat nicht den Anweisungen gemäß getragen
- Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- Behandlungsapparat nicht sorgfältig behandelt und Reparatur notwendig
- Längere Unterbrechung auf Grund von Auslandsaufenthalt
- Längere Unterbrechung auf Grund von Wachstum/Zahnwechsel
- Längere Unterbrechung aus sonstigem Grund, nämlich:
- Verlust Behandlungsapparat
- Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

Freitext

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

eFormular MIT 3 Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Behandlungsabbruch

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 (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)
Behandlungsabbruch (KFO)**

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

- Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen entsprechend getragen
- Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- Behandlungsapparatur nicht sorgfältig behandelt
- Längere Unterbrechung der Behandlung
- Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

Freitext

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

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
Abrechnung-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

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Mitteilungsnummer
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. am</div>	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan
Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum	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.¹

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.

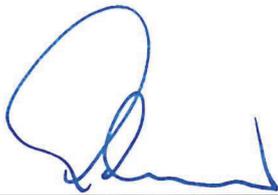
Köln, Berlin 07.06.2023



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



GKV-Spitzenverband



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

¹Das 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.