



KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG BERLIN

Workshop

# Zahnärztliche Dokumentation



## Zahnärztliche Dokumentation

Inhalt:

- Dokumentationspflicht
- Einsichts- und Auskunftsrecht der Patient/innen
- Auskunfts- und Überlassungsrecht anderer Behandler/innen
- Fehlende Mitgliedschaften / sonstige Kostenträger
- Ersatzverfahren
- Punktwerte / BKV



## Dokumentationspflicht

- Patientenakte muss im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang geführt werden
- In Papier- oder elektronischer Form
- Änderungen bei den Einträgen dürfen nur erfolgen, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt und vermerkt wird, wann und von wem die Änderung vorgenommen wurde



## Dokumentationspflicht

- Die wesentlichen Vorgänge der Behandlung, Maßnahmen und deren Ergebnisse sind schriftlich niederzulegen.
- Hierzu zählen Anamnese, Diagnosen (nicht bloße Vermutungen und ungesicherte Befunde), Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.



## Dokumentationspflicht

- Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.
- Erbrachte Leistungen sind grundsätzlich entsprechend den Vorschriften der Gebührenordnungen (BEMA, GOÄ, GOZ) in den zahnärztlichen Unterlagen aufzuzeichnen.
- Die einzusehenden Unterlagen sollen dabei verständlich, lesbar und nachvollziehbar sein.
- Die Patientenakte ist nach § 630 f Absatz 3 BGB und §8 Abs. 3 BMV-Z für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.



## Dokumentationspflicht

- Ebenfalls trifft den Behandler grundsätzlich die Beweislast dafür, dass ein Patient sachgerecht aufgeklärt wurde und in die Behandlung eingewilligt hat.
- Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, eine lückenlose Dokumentation vorweisen zu können.



## Dokumentationspflicht

Es wird angenommen, dass der Behandelnde eine Maßnahme nicht getroffen hat, wenn sich hierzu keine Aufzeichnung in der Patientenakte findet.

**Keine Dokumentation = Leistung nicht erbracht!**



## Dokumentation per PC

TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
20	02	01	U	18
		27	Ä925a R62 1	12
		28	48 Ost2	78
		28	40 I	8
24	02	28	38 N	10
18	03		7700 7700	5

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

f = fehlend k = Krone im = Implantat  
c = Karies b = Brückenteil i = Inlay  
x = zerstört t = Teleskop } = verengte Lücke

#	Beh.	Datum	Zahn	Flä.	Leistung	Text	Anz	Fak.	Bemerkungen	Art
201	2	20.02.2020			01	Eingehende Untersuchung zur Feststellung vo	1		Befund?	K
201	2	20.02.2020	27,28		R62	Röntgendiagnostik der Zähne bis 2 Aufnahme	1	1	Kors Befund?	K
201	2	20.02.2020	28		I	Infiltrationsanästhesie	1	1	Kors Medikament?	K
201	2	20.02.2020	28		OST2	Ostotomie eines Zahnes, Zahnkeims, eines	1		sehr erschwerter Zugang Arbeitsschritte?	K
201	2	24.02.2020	28		N	Nachbehandlung, Tamponieren	1		faden gezogen	K
201	1	18.03.2020			7700	Kurze Beschichtung/Zeugnis/AU	1		AU: 18.03.2020 Aufgrund der hohen Infektionsgefahr wegen des Corona Virus vom: 23.03.2020 bis: 17.04.2020 was für eine zahnärztliche Erkrankung	K
201	1	31.03.2020							----- Ende Quartal 1/2020 ----- lag hier vor	K



# Dokumentation in Papierform

TT MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
17 01	107	Zst	16
	8	ViPr	6
	10	üZ	6
	01	U	18
19 07	8	ViPr	6
	10	üZ	6
	01	U	18
08 01	106	sK	10
	10	üZ	6
	8	ViPr	6
	04	PSI	10
	107	Zst	16
	01	U	18
02 07	8	ViPr	6
	10	üZ	6
	A1	Ber	9
	27 13c	F3	123
	27 12	bMF	10
	27 25	Cp	6
14 08	105	Mu	8
	01	U	18

3/17.1. 01, Zst, ~~2/4/2~~ 04 ViPr, üZ  
 Gebietsangabe?  
 3/19.7. 01 ViPr; üZ Medikament?  
 Befund?  
 t. 8.1. 01, 10. sb, üZ, ViPr; (2/2/2 04, Zst)  
 2.7. 17. 27 ViPr, bMF, F3 (mod), Cp, üZ  
 01, 04, 01



# Bemerkung PVS

TT MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
17 08	04	PSI	12
	8	ViPr	6
	107	Zst	16
	01	U	18
	17	A025a R02	0
22 08	46	13b F2	23
	46	41a L1	12
	47	13b F2	12
	47	12 bMF	10
	47	25 Cp	6
22 08	8	ViPr	6
	37	13b F2	12

- Fehlende Kennzeichnung bei Injektionen und Röntgenaufnahmen
- Übermittlung der richtigen Bemerkungen:

- Bissflügel = 0 für Röntgenaufnahmen
- KCH = 1 für Röntgenaufnahmen
- KB = 2 für Röntgenaufnahmen
- KFO = 3 für Röntgenaufnahmen
- PAR = 4 für Röntgenaufnahmen
- ZE = 5 für Röntgenaufnahmen

TT MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
06 07	A1	Ber	9
	12	40	I 5
	21	40	I 5
07 07	12	12 bMF	10
	12	40	I 5
	21	40	I 5



## Ä1 - Beratung

#	Beh.	Datum	Zahn	Flä.	Leistung	Text	Anz.	Fak.	Bemerkungen	Art
201	1	09.01.2020			Ä1	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	1		ZE-Beratung 11,21 evtl. Kronen ansetzen, Inziselkanten sehr transparent durchs Kronschon	K
201	1	09.01.2020			K1	Einglied. e.Aufblöbbehelfs m.adjustierter Oberfl	1			K
201	1	30.01.2020			K8	Kontrollbehandlung, Einschl.Aufblöb. oder Sch	1		Frontstark ausgeschliffen, Eckzahnführung herausgearbeitet	K
201	1	30.01.2020							KBR-Abschlß Pt: 14 (317,37)	K
201	1	31.03.2020							Ende Quartal 1/2020	K

richtig

Datum	S	Gebiet	Anzahl	Nr.	Lage	Dokumentation/Begründung	Beh E
21.01.20						05.12.19	9
		11		b1			9
		11		rö2k		Meßaufnahme	9
		11		wf			9
		11		rs2		Kontrolle nach WF	9

falsch!!!



## Dokumentationspflicht – häufigste Fehler

- Reine Auflistung der Abrechnungspositionen
- Keine Ergebnisse notiert (z.B. ViPr)
- Keine verwendeten Medikamente/Arzneimittel/Materialien notiert (z.B. bei Betäubungen, Mu, üZ, Füllungen usw.)
- Keine Doku zu Aufklärungsgesprächen und deren Inhalt (z.B. Ä1, ATG, IP2)
- Keine Doku zu Behandlungsalternativen (v.a. ZE)
- Keine Indikation und Auswertung bei Röntgenaufnahmen
- Keine Zahnangaben (z.B. sK, Mu usw.)
- .....

## Dokumentationspflicht

Aber wie setze ich das in die Praxis um?



© Orlando Florin Rosu

## Dokumentationspflicht – praktische Tipps

- Datum der Behandlung, ggfs. Uhrzeit (z.B. bei einem Unfall)
- Ggfs. auch Dauer der Behandlung (z.B. Bema Nr. 36 Nbl1)
- Grund der Behandlung (z.B. Kontrolle, Schmerzen)
- Anamnese, Befunde, Diagnosen (ggf. auch Verdachtsdiagnosen)
- Untersuchungen und deren Ergebnisse
- Inhalte von Beratungsgesprächen, Einwilligungen
- Therapiemöglichkeiten und deren Alternativen
- Behandlungsablauf und –systematik (richtlinienkonformes Vorgehen)
- Verwendete Materialien und Arzneimittel
- Arztbriefe sind der Akte hinzuzufügen



## Dokumentationspflicht – praktische Tipps

Beispiel Füllung:

Zahn	BEMA	
		Pat. kommt zur Füllungstherapie 46 mo, Aufklärung über verschiedene Materialien (Komposit, Inlay aus Keramik, Gold oder NEM, Füllung aus Amalgam; Pat wünscht Komposit, Mehrkostenvereinbarung unterschrieben)
46	Vipr	Sensibilität positiv, Kältespray
46	L1	Infiltration mit Ultracain-DS 1 x 1,7 ml (Charge-Nr. XXXX, Haltbar bis 01.2025)
46	bMF	Besondere Maßnahmen, Stillung übermäßiger Papillenblutung mit H2O2
46	Cp	Pulpa schimmert mesial durch, Dycal punktförmig aufgetragen
46	F2	Füllung mo, Karies entfernt, Separieren, Tofflemire Matrize, Holzkeil, Total Etch 30 Sekunden, Scotchbond Universal Bonding, Tetric A3, Okklusion geprüft und korrigiert, Politur,  Aufklärung über Fahruntauglichkeit nach LA, soll bis abklingen der Betäubung nicht essen wegen Verletzungsgefahr, anfängliche Überempfindlichkeit nach Füllung / Cp möglich



## Dokumentationspflicht – praktische Tipps

Nutzung von Textbausteinen:

- Als Grundgerüst in der Dokumentation
- Für jede Behandlung immer individualisieren!
- Gleicher „Standard“ für alle Behandler/innen in der Praxis
- Deutliche Zeitersparnis in Dokumentation und Kontrolle



# Dokumentationspflicht

## Beispiel Textbausteine

- Hier Füllung
- Nicht erbrachte Inhalte werden gelöscht
- Zusätzliche Inhalte werden ergänzt

Erweiterte Dokumentation

Beenden Speichern Zeitstempel Suchen DAISY Hilfe

Zeile: 1, Spalte:1

Dokumentation:  
Füllungstherapie mit Zuzahlung

MKV unterschrieben  
Pat. hat die Vor- und Nachteile der Behandlung verstanden und hat keine weiteren Fragen.

VIPr:  
Anästhesie: 1,7 ml Ultracain D-S / Forte / -D  
(Charge: , Haltbarkeit: )  
Karies exkaviert  
Matrize Tofflemire / Garrison Teilmatrize, Keil bMF: Separieren, cp: Dycal, Kerr Life  
Schmelz-Ätztechnik mit Pure Ätzgel 37%, 30 Sekunden, Scotchbond Universal, Lichthärtung  
Füllung: SDR, Tetric Evo Ceram Farbe , Tetric Evo-Flow Farbe , anderes:  
Kompositfüllung in Adhäsivtechnik und Mehrschichttechnik (und Mehrfarbtechnik)  
Okklusion überprüft, Politur

Risiken: Schmerzen nach Füllung / cp möglich, Vitalitätsverlust, WKB, über Fahruntauglichkeit nach Anästhesie aufgeklärt Pat. über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt (MKV Füllung, Inlay Gold/Keramik/Kunststoff, Regelversorgung)  
Patient entscheidet sich für die Behandlung mit Zuzahlung.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KdöR) Zahnärztliche Dokumentation 17

# Dokumentationspflicht

## Beispiel Textbausteine

- WKB

Erweiterte Dokumentation

Beenden Speichern Zeitstempel Suchen DAISY Hilfe

Zeile: 1, Spalte:1

Dokumentation:  
Endo mit Med

Anästhesie: 1,7 ml Ultracain D-S / Forte / -D  
(Charge: , Haltbar bis: )  
Kofferdam gelegt, Trepanation  
Kanalspülung Natriumhypochlorit 5%

Intrakanaläre Diagnostik mittels Dentalmikroskop:  
- Dentikel vorhanden  
- Isthmus vorhanden zw. Kanälen:  
- Frakturlinien, Risse  
- Obliterationen  
- weitere Kanäle

elektrische Längenmessung, mehrfach wiederholt:  
mb = mm  
mb2 = mm  
dist = mm  
pal = mm

Rö-Mess, definitive Arbeitslänge:  
mb = mm  
mb2 = mm  
dist = mm  
pal = mm

Aufbereitung der Kanäle mit Pro Taper Gold F / Hedstrom-Feilen Iso / Reamer Iso  
Häufige Spülungen mit 5% Natriumhypochlorit

Abschluss-Spülung mit NaOCl 5%, EDTA 17%, CHX 2%  
Med.: Calcyll, Schaumstoffpellet / Cavit

Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KdöR) 18



## Zusatzleistung zur WKB

Über die Aufklärung möglicher zusätzlicher Kosten bei einer WKB, muss eine Dokumentation in der Karteikarte erfolgen:

- Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals
- Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden „Phys“
- Mehr als 3 x Med benötigen eine Ausnahmeindikation



## WK

36	34 <Med>	Medikamentöse Einlage	16,28	*	Bedarf Chlorhexamed-Spülung, Ledermix, Watte, Harwardzement, morgen bei Beh. vorstellen
36	32 <WK>	3x Aufbereit. eines Wurzelkanals	94,44	*	
36	31 <TrepI>	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11,94	*	Pus++
36	K925a	Röntgendiagnostik der	13,03	*	RB: apicale

**Wichtig:** Zu dokumentieren wären z. B.

- Angabe des Grundes der notwendigen Aufbereitung (Notfallbehandlung)
- Eröffnung des Pulpenkavums
- Angabe, wie weit der Kanal aufbereitet wurde (ISO-Größe)
- Röntgenbild als Messaufnahme oder ggf. eine elektronische Längenmessung

# Dokumentationspflicht

## Beispiel Textbausteine

- Röntgen-Auswertung OPG

Erweiterte Dokumentation

Beenden Speichern Zeitstempel Suchen DAISY Hilfe

Zeile: 1, Spalte:1

Dokumentation:

Diagnostik OPG Erwachsener

Rechtfertigende Indikation:

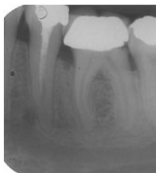
Kieferhöhle:  
Kiefergelenke:  
Knochenabbau (horizontal / vertikal):  
Anlage der 8er:  
fehlende Zähne:  
Karies:  
apicale Aufhellungen:  
Wurzelbehandelte Zähne:  
Resizierte Zähne:  
Implantate:  
Sonstiges:

Therapieplanung:

# Röntgenaufnahmen

Für alle Röntgenaufnahmen gilt:

- **Obligatorische schriftliche Befunddokumentation**
- Kennzeichnung Behandlungsgrund (0, 1, 2, 3, 4, 5)



oder





## KZV-interne Mitteilungen

- Können direkt über das PVS an die KZV mit der Abrechnung übermittelt werden.
- Sind leistungsbezogene Mitteilungen zu bestimmten Positionen (z.B. Bruxismus, Schwangerschaft usw.)
- Verringert Nachfragen zur Abrechnung (Zeitersparnis!)



## KZVI: Geb.-Nr. 13a – 13d doppelt

TT	MM	Zahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
		17	40	I	8
		16	13a	F1	2
		16	13a	F1	2
13	03		107	Zst	16
			01	U	18
		47	13b	F2	25
		47	12	bMF	10
		47	41a	L1	12

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Zahn 16 getrennte Füllungen



## KZVI: Geb.-Nr. 13 innerhalb der Gewährleistung

TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte	
	22	13a	F1	4	32
	23	13a	F1	4	32
	23	40	I		8
	26	13b	F2	12	39
	26	12	bMF		10
	26	40	I		8

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Bruxismus
- auf etwas Hartes gebissen



## KZVI: Geb.-Nr. 13e – 13h

TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte	
08	06	04	PSI	12	
		01	U	18	
13	06	8	ViPr	6	
		106	sK	10	
		107	Zst	16	
	46	13e	13e	2	52
	46	25	Cp		6

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Schwangerschaft oder stillt
- Niereninsuffizienz
- Amalgamallergie



## KZVI: GOÄ-Nr. 2009 (Entfernung eines Fremdkörpers)

TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
17	04	04	PSI	12
		01	U	18
	16	13b	F2 25	39
	16	2009	2009	12
	16	40	I	8
	16	Ä925a	R62 1	12

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Zahn 16 palatinale Wand entfernt
- Sequester entfernt
- Fremdkörper entfernt



## KZVI: GOÄ-Nr. 2381 (einfache Hautlappenplastik)

TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
20	04	Porto	Porto 85	0
		7750	7750	15
		Ä1	Ber	9
	48	2381	2381	42
	48	44	X2	15
	48	41a	L1	12
27	04	48	38 N	10

KZV interne Mitteilungen z.B.

- ASS Einnahme
- Marcumar
- alio loco



## Zahnärztliche Dokumentation



## Einsichts- und Auskunftsrecht der Patient/-innen



©Uron - Fotolia.com



## Einsichtsrecht

- Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit nicht therapeutische oder sonst erhebliche Gründe entgegenstehen.
- Er kann Abschriften der Akte verlangen. Auch Erben oder die nächsten Angehörigen können unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Einsicht in die Unterlagen geltend machen, soweit nicht der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.



## Einsichtsrecht

- Das Einsichtsrecht bezieht sich dabei zwar grundsätzlich auf die **Originalunterlagen**. Diese müssen und sollten allerdings dem Patienten **nicht** zum Verbleib ausgehändigt werden, da der Zahnarzt zur Aufbewahrung verpflichtet ist. Er ist und bleibt Alleineigentümer der Unterlagen.
- Daher genügt es in aller Regel, dem Patienten die Einsichtnahme in der Praxis zu ermöglichen bzw. ihm eine entsprechende **Kopie** zu überlassen.
- Nach dem aktuellem Urteil des EuGH ist dabei die erste Kopie kostenfrei zu erstellen (Oktober 2023).



## Einsichtsrecht

- Bei weiteren Kopien kann die Praxis die Kosten geltend machen, es wird pro Kopie eine Summe von 50 Cent als angemessen angesehen.
- Solche Kosten werden nicht über den BEMA oder die GOZ berechnet (es ist keine zahnärztliche Leistung). Es darf auf der Rechnung kein Bezug zu Bema / GOZ / GOÄ enthalten sein.
- Berechnung erfolgt über:
  - § 670 BGB „Ersatz von Aufwendungen“
  - § 612 BGB „Vergütung einer Dienstleistung“

## Auskunfts-/ Überlassungsrecht

### Herausgabe von Original-Röntgenaufnahmen



©VRD - Fotolia.com



## Auskunfts-/ Überlassungsrecht

- Röntgen-Bilder sind Eigentum des Zahnarztes / Arztes, der diese erzeugt hat. Dieser unterliegt auch der Aufbewahrungsfrist (10 Jahre; bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres bei Minderjährigen).
- Im Hinblick auf die Aufbewahrungspflicht sollten man sich grundsätzlich den Erhalt der von der Praxis erstellten Behandlungsunterlagen und Röntgenaufnahmen vom Anfordernden **quittieren** lassen um den Überblick über den Aufenthaltsort der Unterlagen zu bewahren.



## Auskunfts-/ Überlassungsrecht

### Herausgabe an Patient/innen bzw. Fremdpraxis:

- ZA ist nicht verpflichtet, dem Pat. die Originale zu überlassen.
- Es kann eine Kopie ausgehändigt werden, die Kosten dafür trägt der Patient.
- Auch ein Scan / Fotografie ist möglich (jedoch Verlust von radiologischen Details)
- Herausgabe von Original-Aufnahmen ist in der Patientenakte zu dokumentieren (Datum, Empfänger, Zweck der Anforderung).
- Eine Anforderung von Unterlagen durch eine Fremdpraxis ist möglich und wieder ausführlich zu dokumentieren. Bitte hier auf die Entbindung der Schweigepflicht achten.



## Auskunfts-/ Überlassungsrecht

### Digitale Rö-Bilder:

- Übermittlung am Sichersten über KIM
- Können auch verschlüsselt über E-Mail verschickt werden (Datenschutz)
- Auch dies ist in der Patientenakte zu dokumentieren
- Auch Herausgabe über CD / Memorystick möglich (Cave Viren)
- Ggfs. entstandene Kosten können dem Patienten in Rechnung gestellt werden (§§ 612, 670 BGB)

Empfehlung: Praxiseigener Memorystick



## Beispiele zu den fehlenden Mitgliedschaften und Sonstige Kostenträger

- Auslandsabkommen besondere Personengruppe (bPG) 7
  - Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
  - Nationaler Anspruchsnachweis
- Mitgliedsnachweis
  - Kassenzuordnung
  - Wohnortprinzip
- Sonstige Kostenträger
  - bPG 9
  - bPG 5
  - Polizei
  - Berechtigungsscheine
  - Bundeswehr



# besondere Personengruppe (bPG) 7

## Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance

Englisch

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum [ ] in Deutschland aufzuhalten. durch den Patienten  
I intend to stay in Germany until [ ] in Germany to stay in Germany until [ ]

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte ausstehende deutsche Krankenkasse durch die Praxis  
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes  
Treating physician's name

Name, Vorname des Patienten  
Surname and forename of the patient

Geschlecht  
Sex  
 weiblich female  männlich male

Anschrift im Heimatstaat  
Address in home country

Strasse, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Temporary address in Germany

(z.B. Hotel, Familie etc.) / (cf. hotel, family, etc.)

Strasse, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

oder  Durchreise  
or  Passing through

Identität nachgewiesen durch  
Identify documented by

Reisepass  
Passport

Personalausweis  
ID card

Nr.

No.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

Unterschrift des Patienten  
Patient's signature

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

10.2016



# bPG 7 von der Praxis ausgefüllt

## Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance

Englisch

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.  
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum [ ] in Deutschland aufzuhalten.  
I intend to stay in Germany until [ ] in Germany to stay in Germany until [ ]

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte ausstehende deutsche Krankenkasse  
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes  
Treating physician's name

Name, Vorname des Patienten  
Surname and forename of the patient

Geschlecht  
Sex  
 weiblich female  männlich male

Anschrift im Heimatstaat  
Address in home country

Strasse, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Temporary address in Germany

(z.B. Hotel, Familie etc.) / (cf. hotel, family, etc.)

Strasse, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

oder  Durchreise  
or  Passing through

Identität nachgewiesen durch  
Identify documented by

Reisepass  
Passport

Personalausweis  
ID card

Nr.

No.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

19.11.2021

Unterschrift des Patienten  
Patient's signature

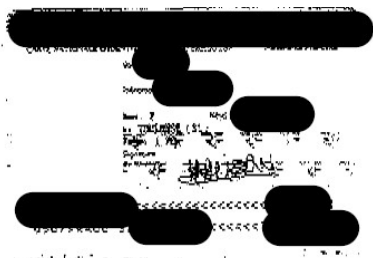
Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

10.2016

## Unterlagen von der Praxis eingereicht:

nicht lesbare Kopie



Folgende Angaben fehlen:

- Datum
- Stempel der Praxis
- Unterschrift des VZA

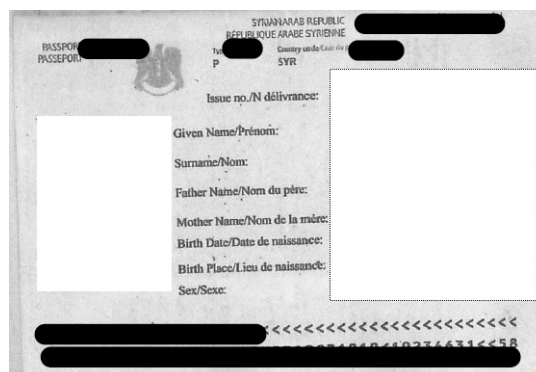
## Nationaler Anspruchsnachweis

EHIC mit Sternchen



Patient **muss** zu einer Deutschen Krankenkasse gehen und sich eine Bescheinigung ausstellen lassen

Ausweis/Pass





# Nationaler Anspruchsnachweis

Kassennummer bzw. Kostenträger  
**AOK Sachsen-Anhalt**  
 Name, Vorname des Versicherten  
 [redacted] geb. am [redacted]  
 Versicherungsnummer  
 101097008 [redacted] 10007  
 Abrechnungszahl: Zahnarzt-Nr. Datum

**Nationaler Anspruchsnachweis**  
 für die Behandlung von Personen,  
 die nach über- und zwischenstaatlichen  
 Vorschriften Anspruch auf vertrags-  
 zahnärztliche Versorgung haben

- Anspruch auf alle Sachleistungen
- Anspruch auf sofort notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen gilt die aktuelle Versicherungsart der Erkrankung
- Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei  chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalte in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann  
 Schwangerschaft und Mutterschaft

Vertragszahnärztliche Leistungen können im Zeitraum  
 von 09.08.22 bis 30.09.22 in Anspruch genommen werden.  
 Staat, in dem die Versicherung besteht: [redacted]

Anspruch auf Sachleistungen nur für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung  
 (Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht)

Anspruch nur für die Behandlung bei folgendem Zahnarzt/folgender Zahnärztin

Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer

Sonstiges

**Leistungsumfang in Deutschland**  
 (Zustellfahndung ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich)

**Überweisung:** Eine unmittelbare Überweisung ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte Einrichtung, beschließen Sie dies bitte durch schriftliche Überweisung. Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

**Arzneimittelverordnung:** Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Pluster 10) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnort darf nicht verordnet werden.

**Heilmittelverordnung:** Heilmittel sind mit dem Vordruck 9 BMV-Z - Zahnärztliche Heilmittelverordnung - zu verordnen. Der Patient hat die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Tragen Sie bitte zusätzlich auf dem Vordruck den Hinweis „Leistung durch Krankenkasse genehmigen lassen“ auf.

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KVZ) ab. Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KVZ.

Datum  
 [redacted]

[Handwritten Signature]  
 Kassenzahnärztliche Vereinigung



# Kassenzuordnung



HANSEATISCHE KRANKENKASSE EINFACH ERSTKLASSIG

HEK - Hanseatische Krankenkasse - 22041 Hamburg

Frau

**HEK - Beitrag und Versicherung**

Wandbeker Zahnstraße 66-90 · 22041 Hamburg  
 Tel: 040 45586-1237  
 E-Mail: kontakt@hek.de  
 Internet: www.hek.de  
 Service-Team: 040 45586-1333 (kostenlos)  
 Versicherungsnummer: [redacted]  
 Datum: 21.09.2023

Guten Tag

sollten Sie sich vor Erhalt Ihrer Karte in ärztliche beziehungsweise zahnärztliche Behandlung begeben, gilt dieses Schreiben als vorläufiger Versicherungsausweis.

Wir bestätigen hiermit die Versicherung bei der Hanseatischen Krankenkasse für:

Name, Vorname	geburtsdatum	Status
[redacted]	[redacted]	1
Krankenscheinnummer	Kassenzusatznummer	Gültigkeitsdauer
[redacted]	109571000 WGP - Kennzeichen 72	Vom 01.10.2022 bis 30.11.2022

Freundliche Grüße  
 Ihre HEK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krk. >Berlin		
Name, Vorname des Versicherten		
[redacted]	geb. am [redacted]	
D 13509 Berlin		
Kostenträgerkennung	Status	
307750	1010000	
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr. Datum	
[redacted]	[redacted]	16.11.2022

Praxis hat eine Mitgliedsbescheinigung der HEK erhalten und den Patienten aber über die Techniker Krankenkasse aufgenommen



# Wohnortprinzip



Fachzentrum  
Mitgliedschaft/Beiträge  
Tel. 040 - 460 66 10 10  
Geschäftszeichen  
23. August 2023

Mit den folgenden Daten können die Leistungen abgerechnet werden:

Name: [redacted]  
 Anschrift: Tempelhofer Damm 117  
 12099 Berlin  
 Geburtsdatum: [redacted]  
 Kassennummer: 109577507  
 Versichertennummer: [redacted]  
 Versichertenstatus: I

Diese Bescheinigung gilt: vom 25. Mai 2023 bis zum 20. September 2023.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Techniker Krk. >Berlin			
Name, Vorname des Versicherten			
[redacted]	[redacted]	geb. am	M
D 15745 Wildau 03/23			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
327750	[redacted]	1010000	
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	
[redacted]	[redacted]	26.01.2023	

32 = KZV Hamburg



# bPG 9

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
DAK Gesundheit			
Name, Vorname des Versicherten			
[redacted]	[redacted]	geb. am	M
D 16321 Bernau bei Berli 08/23			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
536799	[redacted]	1090000	
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	
[redacted]	[redacted]	31.08.2023	

## Ersatzbehandlungsausweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Name: [redacted]

Vorname: [redacted]

Anschrift: Wandlitzer Chaussee 53a, 16321 Bernau bei Berlin

Status: 190

DAK-IK/Kostenträgerkennung: 105830016

Anmeldung bei einer Krankenkasse nach § 264 Abs. 1 SGB V

Webcode: W00286



# bPG 5

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krk. >Berlin		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED]		[REDACTED]
D 10409 Berlin		09/23
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
307750	[REDACTED]	1050000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	25.08.2023

Krankenkasse		
Techniker Krankenkasse		
Name		
[REDACTED]		
Vorname	Geburtsdatum	
[REDACTED]	[REDACTED]	
Anschrift		
[REDACTED]		
10409 Berlin		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
109577507	[REDACTED]	1

Dieser Nachweis gilt im Rahmen der Kostenübernahme durch die unterzeichnende Krankenkasse für die/den oben genannte(n) Versicherte(n) bei Früherkennungsuntersuchungen gemäß §§ 25 und 26 SGB V und bei Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen/Schmerzzustände sowie Schwangerschaft/Mutterschaft erforderlich sind.

Techniker Krankenkasse

*S. R. R. R.*

Ausstellungsdatum  
1 | 0 | 7 | 2 | 3

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse  
Muster 95 (03.2014)

**Nachweis der 85**  
**Anspruchsberechtigung**  
**bei Ruhen des Anspruchs**  
**gemäß § 16 Absatz 3a SGB V**

gültig für | 8 | 2 | 3 |

Quartal



# BPol

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Heilfürsorge BPol		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED]		[REDACTED]
D 12305 Berlin		05/24
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
30360039	[REDACTED]	1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	29.09.2023





## POLPräs

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
POL Präsident in Berlin		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED] S		[REDACTED]
D 13127 Berlin		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
30360062	[REDACTED]	1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	01.08.2023



## POL Land Brandenburg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
POL Polizei Land Brandenburg		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED]		[REDACTED]
D 14199 Berlin 12/23		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
53360051	[REDACTED]	1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	25.09.2023





# Sonstiger Kostenträger

<p><b>0</b> Auftragsweise Durchführung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung für das Land Berlin durch die <b>AOK Nordost – Die Gesundheitskasse</b></p> <p><b>Behandlungsausweis und Abrechnungsschein für vertragszahnärztliche Behandlung</b></p> <p>Dieser Behandlungsausweis gilt – falls nicht eine sonstige Gültigkeit vorzuziehen ist – für alle im weiteren Sinne zahnärztliche Maßnahmen.</p> <p>Berechtigt: [Redacted]</p> <p>Wohnort: [Redacted]</p> <p>geb. [Redacted]</p> <p>SHA <input type="checkbox"/> KOF <input type="checkbox"/> Obl <input type="checkbox"/> (Zutreffendes ist anzukreuzen)</p> <p>Humanistischer Verband Deutschlands LV Berlin-Brandenburg KdR Zahnarztpraxis für Wohnortlose Weinligg. 11, 10577 Berlin 25.11.23, Tel. (030) 52695639, Fax 52695637 (Dienst der auszubehandelnden Berufe und Umschulung)</p>	<p><b>U</b></p> <p>Kassennummer: [Redacted]</p> <p>Kassenvertragsjahr der Gültigkeit: 2/2023</p> <p>KZV-Abrechnungsstelle 30 Georg-Wilhelm-Str. 16 10711 Berlin</p> <p>„Obl“</p> <p><b>Zur Beachtung für den Berechtigten!</b></p> <p>Der Zahnbehandlungsschein (Behandlungsausweis für vertragszahnärztliche Behandlung) ist dem Vertragsarzt vor Beginn der Behandlung auszuhandigen.</p> <p>Der Vertragsarzt ist berechtigt, sich von der Identität des bei ihm Brachianen mit der auf dem Behandlungsschein benannten Person zu überzeugen.</p> <p>Berufskrankheit, Unfall oder Unfallfolgen sind vom Erkrankten sofort der betreffenden Dienststelle (Aussteller dieses Scheines) zu melden.</p> <p>Dieser Behandlungsausweis ist nicht zu verwenden bei Familienangehörigen, die wegen der Folgen eines Kindergarten- oder Schulinzesses behandelt werden. Eines besonderen Behandlungsausweises bedarf es in diesen Fällen nicht.</p> <p>Dieser Behandlungsausweis gilt nicht für Zahnersatz!</p>
---	--

- SOZ AOK Nordost U
- Kassennummer: 0010039
- Status: 1 (M)
- Berechtigungsscheine sind bei der KZV einzureichen



# Sonstiger Kostenträger

<p><b>0</b> Auftragsweise Durchführung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung für das Land Berlin durch die <b>AOK Nordost – Die Gesundheitskasse</b></p> <p><b>Behandlungsausweis und Abrechnungsschein für vertragszahnärztliche Behandlung</b></p> <p>Dieser Behandlungsausweis gilt – falls nicht eine sonstige Gültigkeit vorzuziehen ist – für alle im weiteren Sinne zahnärztliche Maßnahmen.</p> <p>Berechtigt: [Redacted]</p> <p>Wohnort: [Redacted]</p> <p>geb. [Redacted]</p> <p>SH allg. <input type="checkbox"/></p> <p>Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Bernhard-Weiß-Straße 17/18 Berlin 07.05.2023 (Dienst der auszubehandelnden Berufe und Umschulung)</p>	<p><b>J</b></p> <p>Kassennummer: [Redacted]</p> <p>Kassenvertragsjahr der Gültigkeit: [Redacted]</p> <p>KZV-Abrechnungsstelle 30 Georg-Wilhelm-Str. 16 10711 Berlin</p> <p>07.05.23 30.09.23</p> <p><b>Zur Beachtung für den Berechtigten!</b></p> <p>Der Zahnbehandlungsschein (Behandlungsausweis für vertragszahnärztliche Behandlung) ist dem Vertragszahnarzt vor Beginn der Behandlung auszuhandigen.</p> <p>Der Vertragszahnarzt ist berechtigt, sich von der Identität des bei ihm Brachianen mit der auf dem Behandlungsschein benannten Person zu überzeugen.</p> <p>Berufskrankheit, Unfall oder Unfallfolgen sind vom Erkrankten sofort der betreffenden Dienststelle (Aussteller dieses Scheines) zu melden.</p> <p>Dieser Behandlungsausweis ist nicht zu verwenden bei Familienangehörigen, die wegen der Folgen eines Kindergarten- oder Schulinzesses behandelt werden. Eines besonderen Behandlungsausweises bedarf es in diesen Fällen nicht.</p> <p>Dieser Behandlungsausweis gilt nicht für Zahnersatz!</p>
--	--

- SOZ AOK Nordost J
- Kassennummer: 0010039
- Status: 5 (R)
- Berechtigungsscheine sind bei der KZV einzureichen

## Bundeswehr

Deutsche Bundeswehr  
**Zahnarzt-Überweisung** für Überweisungsaufträge der Bundeswehr  
 (§ 75 Abs 3 SGB V)

Genehmigungspflichtige Maßnahmen sind vorher zu beantragen und dürfen nur mit Zustimmung der zuständigen Dienststelle der Bundeswehr begonnen werden. Veränderungen von Arznei- und Verbandmitteln erfolgt - außer in Notfällen - nur durch den zuständigen Bundeswehr(zahn)arzt/ die zuständige Bundeswehr(zahn)ärztin.

1. Personenkennziffer: [redacted]

2. Überweisung an Herrn/Frau: [redacted]

3. Diagnose/Symptome/Verdacht auf: **Variz. Therapie**

4. Überweisung zur Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung):

b) Übernahme der  Behandlung  Beseitigung akuter Zustände (Reservisten-/Leistung/Leistung)  Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Nr. 3

Verteiler:  
 1. Ausfertigung zur Abrechnung über KZV  
 2. Ausfertigung zum Verbleib beim zuständigen Truppen(zahn)arzt/der zuständigen Truppen(zahn)ärztin

Beitrag des Bundeswehr(zahn)arzte/der Bundeswehr(zahn)ärztin: **Berlin 17.10.23**

Abwechsende Gültigkeitsdauer (von) (bis): **01.10.23 31.12.23**

- BAPersBW VII 3.3
- Kassennummer: 009520900
- Status: 1 (M)
- Berechtigungsscheine sind bei der KZV für die KFO Abrechnung im Original einzureichen

## Ersatzverfahren

- Name der Krankenkasse
- Krankenkassennummer
- Vor- und Zuname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Versichertennummer
- Wohnort= PLZ des Patienten
- Unterschrift des Versicherten unabdingbar (Rückseite der eGK sowie auf der Kopie)
- Grund des Ersatzverfahrens ist zu dokumentieren
- Aufbewahrung: 10 Jahre



## Aktualisierung des BundesKassenVerzeichnisses /Punktwerte

- Unmittelbar nach der Veröffentlichung eines neuen Bundeskassenverzeichnisses (BKV) versendet die KZV eine E-Mail an die uns bekanntgegebene E-Mail-Adresse der Praxis. Diese enthält einen Link, über den das aktuelle BKV bequem heruntergeladen werden kann.
- Die aktuellen Punktwerte sind auf der Internetseite der KZV Berlin zu finden. Sobald die Punktwerte aktualisiert werden, erfolgt eine Information im Rundschreiben.



## Zusammenfassung: Zahnärztliche Dokumentation

Der Zahnarzt schuldet dem Patienten als vertragliche Nebenpflicht aus dem Arztvertrag die **ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation der zahnärztlichen Behandlung.**

**Dokumentationszweck** bei der zahnärztlichen Behandlung ist einmal die Therapiesicherung, zum anderen die Rechenschaftslegung und die Beweissicherung.

## Zusammenfassung: Zahnärztliche Dokumentation

Die Dokumentationspflicht ist in verschiedenen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen geregelt:

- Patientenrechtegesetz § 630 f BGB
- Berufsordnung der Zahnärztekammer Berlin, § 7 Absatz 1
- Bundesmantelvertrag Zahnärzte, § 8 Absatz 3
- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, § 295 Absatz 1



© Onyxis

## Webcodes der Internetseite der KZV Berlin

Themen	Webcodes
Einsichtsrecht/Patientenunterlagen	W00080
Formular/Entbindung Schweigepflicht	W00319
Auslandsabkommen	W00298
Sonstige Kostenträger	W00286
Ersatzverfahren	W00282
Punktwerte	W00327
BKV	W00261
Aufbewahrungsfristen/Checkliste Dokumentation	W00471

# Haben Sie weitere Fragen?



## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

### Wir sind für Sie da!

#### KZV Berlin 89004 - Durchwahl



Hotline	Telefon	Fax	Mailadresse
KCH	-401	-46401	kch@kzv-berlin.de
KB	-402	-46402	kb@kzv-berlin.de
KFO	-403	-46403	kfo@kzv-berlin.de
PAR	-404	-46404	par@kzv-berlin.de
ZE	-405	-46405	ze@kzv-berlin.de
BKV	-407	-46407	bkv@kzv-berlin.de