

Anlage 14c

Elektronische Formulare (eFormulare) für die vertragszahnärztliche Versorgung, Stand 27.06.2024

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- eFormular 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen 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
- 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

- Vordruck e01** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

eFormular 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

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

Behandlungsplan für

Kiefergelenkserkrankung

Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) Unfall ja nein

Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Muster

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Geplante Leistungen

BEMA-Nr.	Anz.	Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)

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

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

Erläuterungen

Befund

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

Muster

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	Langzeitprovisorium
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
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 Freundsituation
19	Hemisektion
20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

eFormular 4a: KFO-Behandlungsplan

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

<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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag </div> <div style="width: 35%;"> <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung) <input type="checkbox"/> Behandlerwechsel Neuplanung <input type="checkbox"/> Kassenwechsel <input type="checkbox"/> Unfall </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Behandlungs- beginn Quartal</td> <td style="width: 33%;">Beginn der Verlängerung Quartal</td> <td style="width: 33%;">Voraussichtliche Dauer Quartale</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> </div>	Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale			
Krankenkasse bzw. Kostenträger																			
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																	
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																	
Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale																	

KIG-Einstufung

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) Erwachsenenbehandlung

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 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.

voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale	
---	--

Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR

<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%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	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																			

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: %

Anspruch besteht ab Quartal

Muster

eFormular 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

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

eFormular 5d: Antrag auf Verlängerung der UPT

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

<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	<p>Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie</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 PVS logische Version</td></tr> </table>	Antragsnummer	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Art des Behandlungsplans	Aktenzeichen PVS 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 PVS logische Version																					
<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: 70px; width: 100%;"></div>																					
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; 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 gesonder-tem Blatt)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; 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: 80px; width: 100%;"></div> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>																			

Muster

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

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

<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> <p style="font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg); display: inline-block; margin-top: 20px;">Muster</p> <p>Begründung</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig - offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p> <p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 30%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">AIT a</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">CPT b</td> <td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4	-----		AIT a				AIT b				CPT a				CPT b			
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																			
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																	
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																	
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: 100px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Antragssnummer</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>	Antragssnummer		Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		Verarbeitungskennzeichen		Art des Behandlungsplans		Aktenzeichen PVS	logische Version																								
Antragssnummer																																			
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																																			
Verarbeitungskennzeichen																																			
Art des Behandlungsplans																																			
Aktenzeichen PVS	logische Version																																		

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

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

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

Muster

**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
- Behandlungsapparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen
- Vereinbarte Termine wiederholt nicht eingehalten
- Behandlungsapparatur 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 Behandlungsapparatur
- Sonstiges (Erläuterung im Freitext)

Freitext

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

eFormular MIT 3: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Behandlungsabbruch

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

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

Muster

**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

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

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnung-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Mitteilungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung</td> </tr> <tr> <td>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td>Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td>Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version</td> </tr> </table>	Mitteilungsnummer	Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung	Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	Verarbeitungskennzeichen	Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																
Mitteilungsnummer																		
Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung																		
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																		
Verarbeitungskennzeichen																		
Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version																		

Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) _____

Muster

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

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

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

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

Muster

**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

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

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

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

Muster

**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

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

Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

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

Muster

**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