

Anlage 14c

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

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 (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).

e-Formular 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

Behandlungsplan für

Kiefergelenkserkrankung
 Kieferbruch

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

Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Geplante Leistungen

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

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

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

Erläuterungen

Befund

a	Adhasivbrücke (Anker)
ab	Adhasivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhasivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhasivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzter Zahn
ew	ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
pkw	erneuerungsbedürftige Teilkronen
p	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem 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 (Kugelknopflanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
sow	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopflanker, 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	Adhasivbrücke (Anker)
ABV	Adhasivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
ABM	Adhasivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
B	Brückenglied
BM	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
BV	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
E	zu ersetzender Zahn
EO	zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung
H	gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K	Krone
KH	Krone mit Halteelement
KM	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KMH	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement
KMO	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe
KO	Krone mit Geschiebe
KV	Krone mit vestibulärer Verblendung
KVH	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement
KVO	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
PK	Teilkronen
PKM	Teilkronen vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkronen mit vestibulärer Verblendung
R	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 (Kugelknopflanker, 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
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

e-Formular 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>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	<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 </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> <div style="margin-top: 10px;"> KIG-Einstufung </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Unfall </div>	Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale																													
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																											
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																											
Behandlungs- beginn Quartal	Beginn der Verlängerung Quartal	Voraussichtliche Dauer Quartale																																											
Anamnese _____ _____																																													
Diagnose OK _____ _____ UK _____ _____ Bisslage _____ _____																																													
Therapie <input type="checkbox"/> 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 _____ UK _____ Bisslage _____ _____																																													
Verwend. Geräte _____ _____																																													
Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th>Ä 925 a</th><th>b</th><th>c</th><th>d</th><th>Ä 928</th><th>Ä 934 a</th><th>b</th><th>Ä 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></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></tr> </tbody> </table>		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															
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																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <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></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OK 119</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></tr> <tr> <td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel	OK 119									UK 119									120									<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 40%;">Sonstige Leistungen:</td> <td style="width: 10%;">Geb.-Nr.</td> <td style="width: 50%;">Anz.</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 style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Geschätzte Material u. Laborkosten EUR</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">voraussichtl. Gesamtkosten EUR</td> </tr> </table> </div>	Sonstige Leistungen:	Geb.-Nr.	Anz.				Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR
	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																																												
<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: 1px solid black; height: 80px; text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 48px; color: blue; opacity: 0.5;">Muster</td> <td style="border: 1px solid black; height: 80px; text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 48px; color: blue; opacity: 0.5;">Muster</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat- und Laborkosten) beträgt: % </p> <p>Anspruch besteht ab Quartal </p> </div>	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes	Muster	Muster																									
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																																												
Muster	Muster																																												

e-Formular 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="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	<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																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> Allgemeine und parodontisspezifische 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 parodontisspezifische 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 parodontisspezifische 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																							
<p>Fortsetzung Anamnese Sonstiges</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p>Entscheidung der Krankenkasse 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%; text-align: center; font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5;">Muster</div>																									

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnung-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>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																									
Abrechnung-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: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 30%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <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: 100px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td>Aktenzeichen PVS</td> <td style="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

e-Formular MIT 3: Mitteilung zu einer KFO-Behandlung – Behandlungsabbruch

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnung-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<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 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

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

e-Formular MIT 4: Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td>Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. 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											

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

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Mitteilungsnummer		
Name, Vorname des Versicherten			Mitteilungsnummer ursprüngliche Mitteilung		
geb. am			Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Verarbeitungskennzeichen		
		Status	Datum Behandlungsplan Aktenzeichen PVS logische Version		
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum			

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

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

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

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	<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																										

**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.

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

e-Formular MIT 8: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="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	<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																					

**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	

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes