

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

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

und der

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

vereinbaren Folgendes:

### **Änderung der Anlage 14a BMV-Z**

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

### **Änderung der Anlage 14b BMV-Z**

hier: A. Allgemeines, Personalienfeld

### **Änderung der Anlage 14c BMV-Z**

hier: Abbildungen eFormulare

# Artikel 1

## Änderung der Anlage 14a BMV-Z

- (I) Die Vorderseite des Vordrucks 1 „Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche“ wird wie folgt gefasst:

### Vordruck 1: Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche

Vorderseite

Krankenkasse bzw. Kostenträger				<input type="checkbox"/> Notdienst- behandlung		<input type="checkbox"/> Unfall/ Unfallfolgen		Quartal		Lfd. Nr.							
Name, Vorname des Versicherten								202									
geb. am				<b>Erfassungsschein Kons./Chir.</b>													
Kostenträgerkennung				Versicherten-Nr.		Status		Folgeschein Blatt Nr.									
Abrechnungs-Nr.		Zahnarzt-Nr.		Datum		Erklärung des Versicherten											
						Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.											
						Unterschrift des Versicherten/Datum											
Datum				Zahn		Leistung		Bemerkungen		Datum		Zahn		Leistung		Bemerkungen	
T T M M										T T M M							
										<b>Gilt nur für akute Erkrankungen/Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft/Mutterschaft (b.w.)</b>							
Vordr. 1 (Z103_01_2023) schürz:MLCK_04 (01/18/23-04 - www.schuetzdruck.de)																	
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulunfällen																	

Originalgröße DIN A5

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

**Vordruck 3c: Patienteninformation Regelversorgung**

Seite 1

**Informationen zu Ihrem Zahnersatz**

**Planung und Kosten der gewünschten Regelversorgung**

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

**I. Versicherte / Versicherter**

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede  
 Vorname Nachname Versicherte/  
 Straße Hausnummer  
 PLZ Ort

Geburtsdatum

Versichertennummer

Name der Krankenkasse

Antragsnummer

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

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

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

**III. Bemerkungen**

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

Zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_

**IV. Voraussichtliche Kosten für eine Behandlung in Form der Regelversorgung**

Zahnärztliches Honorar BEMA: \_\_\_\_\_ (EUR)

Material und Laborkosten (geschätzt): \_\_\_\_\_ (EUR)

Behandlungskosten insgesamt (geschätzt): \_\_\_\_\_ (EUR)

Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages:  
 ( \_\_\_\_ % Festzuschuss) \_\_\_\_\_ (EUR)

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil: \_\_\_\_\_ (EUR)

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

**V. Erklärung der/des Versicherten**

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes \_\_\_\_\_ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.

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

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

Stand 02/2023

Originalgröße DIN A4

### Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung

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

#### VI. Weitere Angaben

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

#### VII. Befunde für Festzuschüsse

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

#### VIII. Kostenplanung

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl

## Anhang: Erläuterungen

## Befund:

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

## Therapieplanung:

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

## Kennzeichen Bemerkungen:

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet	10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
02	Zahnersatz verloren	11	Wiederherstellung/Bruch
03	Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung (Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)	12	Wiederherstellung/Sprung
04	Langzeitprovisorium	13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendebereich	14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff	15	Erosionsgebiss
09	Vollkeramische Restauration	16	Erweiterung Halteelement
		17	Erweiterung Zahn/Zähne
		18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
		19	Hemisektion (Zahnangabe und Beschreibung siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
		20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
		21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

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

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

Seite 1

**Informationen zu Ihrem Zahnersatz**

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

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

**I. Versicherte / Versicherter**

Name, Adresse Zahnarztpraxis

Anrede  
Vorname Nachname Versicherte/r  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort

Geburtsdatum

Versichertennummer

Name der Krankenkasse

Antragsnummer

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

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

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

**III. Bemerkungen**

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

Zusätzliche Erläuterungen: \_\_\_\_\_

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

Zahn/ Gebiet	GOZ-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
-----------------	---------	-----------------------	--------	------------

*Tabelle GOZ-Leistungen  
nach Bedarf verlängerbar*

Originalgröße DIN A4

**Fortführung zu IV.**

Zahnärztliches Honorar BEMA:	_____	(EUR)
Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt):	_____	(EUR)
Material und Laborkosten (geschätzt):	_____	(EUR)
Behandlungskosten insgesamt (geschätzt):	_____	(EUR)
Abzüglich des voraussichtlichen Festzuschussbetrages: ( ___ % Festzuschuss)	_____	(EUR)

**Ihr voraussichtlicher Eigenanteil der gewünschten Behandlung:** \_\_\_\_\_ **(EUR)**

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

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

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

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

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

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

**VI. Erklärung der/des Versicherten:**

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regelversorgung und der davon abweichenden Behandlungsalternativen sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes \_\_\_\_\_ aufgeklärt worden und wünsche die **von der Regelversorgung abweichende Behandlung** entsprechend der Kostenaufstellung zu IV.

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

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

**Ergänzende Angaben für private Zusatzversicherung**

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

**VII. Weitere Angaben**

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

**VIII. Befunde für Festzuschüsse**

Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl

**IX. Kostenplanung**

BEMA-Nr.	Anzahl

BEMA-Nr.	Anzahl



## Anhang: Erläuterungen

## Befund:

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

## Therapieplanung:

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

## Kennzeichen Bemerkungen:

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

(IV) Der Vordruck 3e „Direktabrechnung Zahnersatz“ wird wie folgt gefasst:

**Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz**

<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	<h3 style="text-align: center;">Direktabrechnung Zahnersatz</h3> <p><b>Hinweis an den Versicherten:</b> Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit der Gesamtrechnung bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.</p>																																																																																																																																												
Krankenkasse bzw. Kostenträger																																																																																																																																																									
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																																																																																																																																																							
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																																																																																																																																																							
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																																																																																																																																																							
<b>Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)</b>																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>TP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	TP									R									B										18	17	16	15	14	13	12	11		48	47	46	45	44	43	42	41	B									R									TP									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TP</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>R</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>B</td></tr> <tr><td></td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>B</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>R</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TP</td></tr> </table>										TP										R										B		21	22	23	24	25	26	27	28			31	32	33	34	35	36	37	38											B										R										TP
TP																																																																																																																																																									
R																																																																																																																																																									
B																																																																																																																																																									
	18	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																																																																	
	48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																																																																	
B																																																																																																																																																									
R																																																																																																																																																									
TP																																																																																																																																																									
									TP																																																																																																																																																
									R																																																																																																																																																
									B																																																																																																																																																
	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																	
	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																	
									B																																																																																																																																																
									R																																																																																																																																																
									TP																																																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Antragsnummer _____</td> <td>Höhe des Festzuschusses in Prozent</td> </tr> <tr> <td>Genehmigungsdatum _____</td> <td> <input type="checkbox"/> 60    <input type="checkbox"/> 70    <input type="checkbox"/> 75    <input type="checkbox"/> 100         </td> </tr> </table>	Antragsnummer _____	Höhe des Festzuschusses in Prozent	Genehmigungsdatum _____	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100																																																																																																																																																					
Antragsnummer _____	Höhe des Festzuschusses in Prozent																																																																																																																																																								
Genehmigungsdatum _____	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Befunde für Festzuschüsse</th> <th colspan="2">Zuschussbeträge</th> </tr> <tr> <th>Befund-Nr.</th> <th>Zahn/Gebiet</th> <th>Anzahl</th> <th>Euro</th> <th>Ct</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3"><i>Nachträgliche Befunde</i></td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Gesamtsumme Festzuschüsse</b></td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Befunde für Festzuschüsse			Zuschussbeträge		Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl	Euro	Ct																																																			<i>Nachträgliche Befunde</i>					<b>Gesamtsumme Festzuschüsse</b>																																																																																						
Befunde für Festzuschüsse			Zuschussbeträge																																																																																																																																																						
Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl	Euro	Ct																																																																																																																																																					
<i>Nachträgliche Befunde</i>																																																																																																																																																									
<b>Gesamtsumme Festzuschüsse</b>																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Rechnungsbeträge</th> <th>Euro</th> <th>Ct</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ZA-Honorar BEMA</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>ZA-Honorar GOZ</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Material- und Laborkosten (gewerblich)</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Material- und Laborkosten (Praxis)</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Versandkosten Praxis</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td><b>Gesamtsumme Rechnungsbetrag</b></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Rechnungsbeträge		Euro	Ct	ZA-Honorar BEMA				ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA				ZA-Honorar GOZ				Material- und Laborkosten (gewerblich)				Material- und Laborkosten (Praxis)				Versandkosten Praxis				<b>Gesamtsumme Rechnungsbetrag</b>																																																																																																																											
Rechnungsbeträge		Euro	Ct																																																																																																																																																						
ZA-Honorar BEMA																																																																																																																																																									
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA																																																																																																																																																									
ZA-Honorar GOZ																																																																																																																																																									
Material- und Laborkosten (gewerblich)																																																																																																																																																									
Material- und Laborkosten (Praxis)																																																																																																																																																									
Versandkosten Praxis																																																																																																																																																									
<b>Gesamtsumme Rechnungsbetrag</b>																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Eingliederungsdatum (TTMMJJ)</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Eingliederungsdatum (TTMMJJ)		Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes</td> </tr> </table>	Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes																																																																																																																																															
Eingliederungsdatum (TTMMJJ)																																																																																																																																																									
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes																																																																																																																																																									
Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes																																																																																																																																																									

Stand 03/2023

Originalgröße DIN A4

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

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

Seite 1

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

Erstvereinbarung     Folgevereinbarung    Vereinbarungsnr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat mir verschiedene kieferorthopädische Behandlungsmethoden erklärt. Sie/er hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach BEMA) und bei der ich nichts zusätzlich zahlen muss. Hierauf haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der Zahnmedizinischen Wissenschaft.

Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

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

Seite 1 von 2

Originalgröße DIN A4

**Anhang: Kostenaufstellung**

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

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

**Erläuterung zur Tabelle**

Art der Leistung:

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

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

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

Kostenanteil Versicherte/r:

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

Privatzahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ, ggf. Erläuterungen						Von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA				Kostenanteil Versicherte/r
Art	Nr.	Leistung	Faktor	Anz.	Betrag (€)	Nr.	Leistung	Anz.	Betrag (€)	Betrag (€)
Zwischensumme										

Tabelle nach Bedarf  
dynamisch verlängerbar

Voraussichtlicher Kostenanteil der/des Versicherten für die obenstehenden privat Zahnärztlichen Leistungen \_\_\_\_\_  
 Voraussichtliche private Material- und Laborkosten \_\_\_\_\_  
 Von der/dem Versicherten voraussichtlich insgesamt zu zahlender Betrag \_\_\_\_\_

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

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

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

Originalgröße DIN A4

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

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

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Die Erstellung des Gutachtens über

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

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

Das Zahnschema ist nur bei der Begutachtung einer Versorgung mit Zahnersatz auszufüllen.  
Das Feld „Befund“ ist nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden.  
Das Feld „Ausgeführte Versorgung“ ist nur auszufüllen, wenn Frage 3 des Ergebnisses mit „nein“ beantwortet wird.

Ausgeführte Versorgung																
Befund																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund																
Ausgeführte Versorgung																

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

**Ergebnis**

1. Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan, die Verlängerung der UPT, der Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen wird befürwortet  ja  teilweise  nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln  ja  nein
3. Die ausgeführte prothetische Versorgung entspricht dem genehmigten Heil- und Kostenplan  ja  nein

**Begründung** (falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein weiteres Blatt nutzen)

Name und Anschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
Stempel der Gutachterin / des Gutachters / Datum / Unterschrift

Stand 03/2023

Originalgröße DIN A4

## Artikel 2

### Änderung der Anlage 14b BMV-Z

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

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

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

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

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

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

## Artikel 3

### Änderung der Anlage 14c BMV-Z

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

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

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

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

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

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

**Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich**

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

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

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

**eFormular 2: Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch**

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

**Behandlungsplan für**

**Kiefergelenkserkrankung**

**Kieferbruch**

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

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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


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 <span style="float: right;">logische Version</span>		



# eFormular 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

Seite 1, Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b> Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status Abrechnungs-Nr.    Zahnarzt-Nr.    Datum	<b>Erklärung des Versicherten</b> Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan. Datum/Unterschrift des Versicherten  <b>Heil- und Kostenplan</b> Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.	Lfd.-Nr. <input type="text"/>  Stempel des Zahnarztes
---	---	---

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan												TP = Therapieplanung	R = Regelversorgung	B = Befund				
Art der Versorgung	TP																	
	R																	
	B																	
	B	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
R	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
TP																		

Bemerkungen (je nach Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse			IV. Zuschussfestsetzung		<input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK	<input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2 Anz. 3	Betrag Euro	Ct	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden	<input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK	<input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK
					Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.		
					Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK    Alter ca. <input type="text"/> Jahre Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK    NEM		
					<input type="checkbox"/> Direktabrechnung		

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

<b>vorläufige Summe</b> ▶	<b>Hinweis:</b> % Festzuschuss Es liegt ein Härtefall vor.	<b>voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall</b> <input type="checkbox"/> % Festzuschuss voraussichtlich <input type="checkbox"/> Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor
---------------------------	--	--

III. Kostenplanung				III. Kostenplanung GOZ					
1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2 Anz. 3	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2 Anz. 3
2 Zahnärztliches Honorar BEMA:				Antragsnummer Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan Gutachterlich befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise Verarbeitungskennzeichen Art des Behandlungsplans Therapieschritt Aktenzeichen PVS    logische Version					
3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)									
4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)									
5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)									

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Datum/Unterschrift des Zahnarztes  Zusätzliche Erläuterung	Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters
--	---

Originalgröße DIN A4

## Erläuterungen

### Befund

a	Adhäsivbrücke (Anker)
ab	Adhäsivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzt Zahn
ew	ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ik	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
plw	erneuerungsbedürftige Teilkrone
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn
rv	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzt Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone
skw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
so	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
soew	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
xl	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	Teilkrone
PKM	Teilkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkrone mit vestibulärer Verblendung
R	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn
SB	implantatgetragenes Brückenglied
SBV	implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
SBM	implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied
SE	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
SEO	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
SK	implantatgetragene Krone
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
SKV	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
SKVO	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
SO	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
ST	implantatgetragene Teleskopkrone
STM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
STV	implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T	Teleskopkrone
TM	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
TV	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T2	Sekundärteil einer Teleskopkrone
T2M	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2V	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung

### Kennzeichen Bemerkungen gemäß Schlüsselverzeichnis 8 24; bei Wiederherstellung Art der Leistung (Pflichtangabe)

- 01 medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet
- 02 Zahnersatz verloren
- 03 Indikation BEMA 98e Begründung für 4 5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)
- 04 Langzeitprovisionium
- 05 Topographische Lage Lückenschluss im Verblendebereich
- 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 Freundsituation
- 19 Hemisektion

# eFormular 4a: KFO-Behandlungsplan

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Abrechnungs-Nr.</td> <td>Zahnarzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Behandlungsplan</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Therapieänderung</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> <b>KFO-Verlängerungsantrag</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr> <td>Behandlungs- beginn Quartal</td> <td>Beginn der Verlängerung Quartal</td> <td>Voraussichtliche Dauer Quartale</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px;">_____</td> <td style="width: 40px;">_____</td> <td style="width: 40px;">_____</td> </tr> </table> <p><b>KIG-Einstufung</b> _____</p> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>Behandlerwechsel Planübernahme (Einstieg in die Behandlung)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Behandlerwechsel Neuplanung</b>  <input type="checkbox"/> <b>Kassenwechsel</b>   <input type="checkbox"/> <b>Unfall</b> </div> </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																	
_____	_____	_____																	

**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)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116	
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c		

	I	II	III	IV	V	III-Z	Summe	Schlüssel
OK 119								
UK 119								
120								

**Sonstige Leistungen:**

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material u. Laborkosten EUR \_\_\_\_\_

voraussichtl. Gesamtkosten EUR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale

Antragsnummer	Datum, Unterschrift und Stempel der <b>Krankenkasse</b>	Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b>
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></p> <p style="font-size: 8px;">Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt:   % _____</p> <p style="font-size: 8px;">Anspruch besteht ab Quartal _____</p>	

Originalgröße DIN A4

# eFormular 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

Originalgröße DIN A4

# eFormular 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

## PARODONTALSTATUS Blatt 2

vom \_\_\_\_\_

**Zahnstatus (ZS)**

1 = Fehlender Zahn  
 2 = nicht erhaltungswürdiger Zahn  
 3 = Krone  
 4 = Brückenpfeiler  
 5 = Ersatz  
 6 = Implantat

ZS																					ZS
AIT																					AIT
FB																					FB

**Oberkiefer**

rechts                      links

**Unterkiefer**

FB																					FB
AIT																					AIT
ZS																					ZS

**Bemerkungen:**

**Geplante Leistungen**

Geb.-Nr	Anzahl	Geb.-Nr	Anzahl
4		AIT a	
ATG		AIT b	
MHU		BEV a	

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**Gutachten**

Gutachtlich befürwortet

Gutachtlich nicht befürwortet  
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters

Originalgröße DIN A4

Seite 21 von 31

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnungs-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p><b>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</b></p>														
Krankenkasse bzw. Kostenträger																											
Name, Vorname des Versicherten		geb. am																									
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																									
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																									
<p><b>Begründung</b></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><b>Folgende Leistungen werden angezeigt:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 25%;">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></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">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: 80px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Antragsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Verarbeitungskennzeichen</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Art des Behandlungsplans</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Aktenzeichen PVS</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">logische Version</td> </tr> </table>	Antragsnummer		Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		Verarbeitungskennzeichen		Art des Behandlungsplans		Aktenzeichen PVS	logische Version																
Antragsnummer																											
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan																											
Verarbeitungskennzeichen																											
Art des Behandlungsplans																											
Aktenzeichen PVS	logische Version																										

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

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

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

Datum Behandlungsabschluss:

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

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)  
Unplanmäßiger Verlauf (KFO)**

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

- Schlechte Mundhygiene
- Mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern
- 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

Originalgröße DIN A4



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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

**Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 8 Abs. 5 BMV-Z)  
Behandlungsabbruch (KFO)**

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

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

**Freitext**

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

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

**Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) \_\_\_\_\_**

— Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_,

nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad ..... gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

—

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

**Erläuterung**

—

---

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

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

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

---

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Originalgröße DIN A4

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

Version 1.5, gültig ab 01.04.2023

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

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

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

Überweisung an einen spezialisierten Zahnarzt zur Durchführung der CPT  
 ja             nein

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

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

Originalgröße DIN A4

**Artikel 4**  
**Inkrafttreten**

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

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

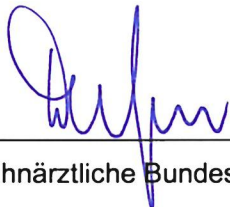
Artikel 1 Ziffer V tritt mit Wirkung zum 01.07.2023 in Kraft.<sup>1</sup>

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

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

Artikel 3 tritt mit Wirkung zum 01.04.2023 in Kraft.

Köln, Berlin ..... 07.06.2023



\_\_\_\_\_  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung



\_\_\_\_\_  
GKV-Spitzenverband



\_\_\_\_\_  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

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