

Anlage 14a

Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung

Formulare aus dem vertragszahnärztlichen Bereich

- Vordruck 1** - Leistungsnachweis gem. § 16 Absatz 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche
- Vordruck 2** - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch
- Vordruck 3a** - Heil- und Kostenplan Teil 1
- Vordruck 3b** - Heil- und Kostenplan Teil 2
- Vordruck 4a** - KFO-Behandlungsplan
- Vordruck 4b** - Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V
- Vordruck 4c** - Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung
- Vordruck 5a** - Parodontalstatus Blatt 1
- Vordruck 5b** - Parodontalstatus Blatt 2
- Vordruck 6a** - Auftrag zur Begutachtung
- Vordruck 6b** - Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)
- Vordruck 6c** - Ergebnis Begutachtung (KFO)
- Vordruck 6d** - Abrechnung Begutachtung
- Vordruck 7** - Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)
- Vordruck 8** - Bonusheft
- Vordruck 9** - Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich

- Muster 1** - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Muster 2** - Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Muster 4** - Verordnung einer Krankenförderung
- Muster 16** - Arzneiverordnungsblatt
- Muster 21** - Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Vordruck 3b: Heil- und Kostenplan Teil 2

Gültig ab 2005

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Heil- und Kostenplan Teil 2

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom _____

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
Muster 14.06.05				

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): EUR _____

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile III/1 und 2 HKP): EUR _____

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR _____

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR _____

abzüglich Festzuschüsse: EUR _____

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen 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.

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

Datum / Unterschrift des Zahnarztes

Datum / Unterschrift des Versicherten

Informationen über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.

doppelter Festzuschuss EUR _____

abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse EUR _____

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR _____ zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.

Vordruck 4a: KFO-Behandlungsplan

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Vertragszahnarzt-Nr. Datum	<input type="checkbox"/> KFO-Behandlungsplan <input type="checkbox"/> KFO-Therapieänderung <input type="checkbox"/> KFO-Verlängerungsantrag Behandlungsbeginn Quartal Beginn der Verlängerung Quartal Voraussichtliche Dauer Quartale _____ _____ _____ KIG-Einstufung _____														
Anamnese															
Diagnose															
OK															
UK															
Bisslage															
Therapie Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c) <input type="checkbox"/> Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d) <input type="checkbox"/>															
OK															
UK															
Bisslage															
Verwend. Geräte															
Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)															
Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116	_____ voraussichtl. Dauer der Behandlung Quartale
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c		
	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.	Sonstige Leistungen:		Geb.-Nr.	Anz.	Geschätzte Material u. Laborkosten EUR	voraussichtl. Gesamtkosten EUR		
OK 119															
UK 119															
120				X											
Anschrift des Mitgliedes							Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse				Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes				
Entscheidung der Krankenkasse							Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen (Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: % _____							Anspruch besteht ab Quartal _____	

SCHÜTZERBUCK, Tel. 0611/3270-44, www.schutzbu.de
 Vordr.-Nr. Z 144, 07/2018

Muster

Vordruck 4b: Mitteilung an den Patienten nach § 29 Absatz 1 SGB V

Gültig ab 01.07.2018

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

**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, müssen Sie die Kosten selbst tragen.

— Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (Ort, Straße)

erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Muster

(Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes)

Verord.-Nr. Z132/BU 07/2018 SCHÜTZBU/CK Tel. 05 31 32 70 44 www.schuetzbu.de

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 4c: Mitteilung zu einer kieferorthopädischen Behandlung

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname des Versicherten	geb.am
Versicherten-Nr.	

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

1. Planmäßiger Abschluss der Behandlung

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

2. Unplanmäßiger Verlauf der Behandlung

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

mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt

die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde

die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden

die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde und

Reparaturen zusätzlich notwendig sind

eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist, aufgrund von

.....

Sonstiges: _____

3. Abbruch der Behandlung

Die Fortsetzung der kieferorthopädischen Behandlung ist nicht möglich, weil

mangelnde Kooperation des Kindes bzw. der Eltern vorliegt

die Behandlungs-Apparatur nicht den Anweisungen gemäß getragen wurde

die vereinbarten Behandlungstermine wiederholt nicht eingehalten wurden

die Behandlungs-Apparatur nicht sorgfältig behandelt wurde

eine längere Unterbrechung der Behandlung eingetreten ist

Sonstiges: _____

Muster

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2018

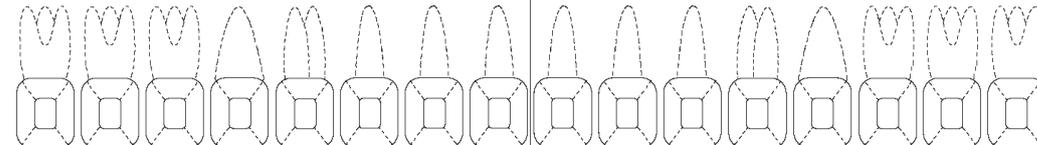
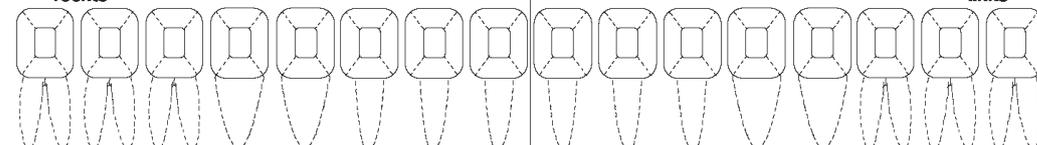
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td style="text-align: right;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Behandlungsplan <input type="checkbox"/> Therapieergänzung </div> <hr/> <p>Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen</p> <div style="display: flex;"> <div style="width: 50%; padding-right: 10px;"> <p>Allgemeine Vorgeschichte</p> <p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) <input type="checkbox"/></p> <p>HIV-Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/></p> <p>Tabakkonsum <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges <input type="text"/></p> </div> <div style="width: 50%; padding-left: 10px;"> <p>Diagnose</p> <p>Chronische Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressive Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Nekrotisierende Parodontalerkrankung <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontalabszess <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingiva- und Weichgewebswucherung <input type="checkbox"/></p> <p>ergänzende Angaben zur Diagnose</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Famillenvorgeschichte</p> <p>Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/></p> <p>Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnwanderungen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnverlust durch Zahnlockerung <input type="checkbox"/></p> <p>Frühere Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Befund</p> <p>Marginales Parodontium</p> <p>Bluten auf Sondieren <input type="checkbox"/> generell <input type="checkbox"/> lokalisiert</p> <p>Subgingivaler Zahnstein <input type="checkbox"/></p> <p>Taschensekretion <input type="checkbox"/></p> <p>Folgen von Parafunktionen</p> <p>Abrasionen / Schliff-Flächen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz</p> <p>Festsitzend <input type="text"/> Angabe des Jahres ca.</p> <p>Herausnehmbar <input type="text"/> Angabe des Jahres ca.</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum											
<p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> nicht übernommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>													

SCHÜTZDRUCK, Tel. (0611) 32 73 44 - www.schutzdruck.de
Vordr.-Nr. Z 501 03.18

Muster

Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Gültig ab 01.07.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am		<h2 style="margin: 0;">PARODONTALSTATUS Blatt 2</h2> <p>Hinweise zum Ausfüllen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Sondiertiefen der Zahnfleischtaschen sind in mm mesial-distal oder facial-oral einzutragen: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> 2. Der Grad (I,II,III) der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld des Zahnbildes einzutragen: <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;">  </div> 3. Der Grad (1,2,3) des Furkationsbefalls ist wie folgt einzutragen: <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;">  </div> 4. Fehlende Zähne sind durchzukreuzen. 5. Rezessionen sind in mm einzutragen. 6. Einzutragen ist, ob ein geschlossenes oder offenes Vorgehen geplant ist. 7. Wird dieser Vordruck für die Abrechnung einer Therapieergänzung verwendet, sind nur die Nummern P202, P203 oder 111 abrechnungsfähig. 																																																																																			
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Vertragszahnarzt-Nr. Datum																																																																																					
Rezessionen													Rezessionen																																																																								
Geschl. Vorgehen													Geschl. Vorgehen																																																																								
Offenes Vorgehen													Offenes Vorgehen																																																																								
Oberkiefer																																																																																					
																																																																																					
rechts							links																																																																														
																																																																																					
Unterkiefer																																																																																					
Offenes Vorgehen													Offenes Vorgehen																																																																								
Geschl. Vorgehen													Geschl. Vorgehen																																																																								
Rezessionen													Rezessionen																																																																								
Geplante Leistungen <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 15%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>P200</td><td></td></tr> <tr><td>P201</td><td></td></tr> <tr><td>P202</td><td></td></tr> <tr><td>P203</td><td></td></tr> <tr><td>108</td><td></td></tr> <tr><td>111</td><td></td></tr> </tbody> </table> Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes				Geb.-Nr.	Anzahl	4		P200		P201		P202		P203		108		111		Gutachten <p><input type="checkbox"/> Gutachterlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachterlich nicht befürwortet (Begründung auf besonderem Blatt)</p> Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters				Abrechnung <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 15%;">Anzahl</th> <th style="width: 15%;">Punkte</th> <th style="width: 15%;">Anz. x Pkt.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P200</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P201</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P202</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P203</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>108</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>111</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4">Summe</td> </tr> <tr> <td colspan="4">x Punktwert</td> </tr> <tr> <td colspan="4">= Honorar €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">sonstige Kosten €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Abschluss der Behandlung, Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Datum, Unterschrift des Zahnarztes</td> </tr> </tbody> </table>						Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anz. x Pkt.	4				P200				P201				P202				P203				108				111				Summe				x Punktwert				= Honorar €				sonstige Kosten €				Abschluss der Behandlung, Datum				Datum, Unterschrift des Zahnarztes			
Geb.-Nr.	Anzahl																																																																																				
4																																																																																					
P200																																																																																					
P201																																																																																					
P202																																																																																					
P203																																																																																					
108																																																																																					
111																																																																																					
Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anz. x Pkt.																																																																																		
4																																																																																					
P200																																																																																					
P201																																																																																					
P202																																																																																					
P203																																																																																					
108																																																																																					
111																																																																																					
Summe																																																																																					
x Punktwert																																																																																					
= Honorar €																																																																																					
sonstige Kosten €																																																																																					
Abschluss der Behandlung, Datum																																																																																					
Datum, Unterschrift des Zahnarztes																																																																																					

Vordr.-Nr. Z 608 05.18 SCHÜRDZUCK Tel. (0311) 32 79 44 www.zahnarzt.de

Muster

Originalgröße: DIN A 4

Vordruck 6a: Auftrag zur Begutachtung

Gültig ab 01.07.2018

Name und Anschrift der Krankenkasse

Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versicherten-Nr.	
Name des Zahnarztes	
Anschrift des Zahnarztes	

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ ZE
- ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____ Mä
- vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____ KB
- vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung:
 - Behandlungsplan vom _____ KFO
 - Verlängerungsantrag vom _____
 - Therapieänderung vom _____
 - KIG-Einstufung vom _____
 - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- vorgesehenen PAR-Behandlung/-Therapieergänzung nach dem PAR-Status vom _____ PAR

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Muster

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Hinweis an den Zahnarzt:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.

Vordruck 6d: Abrechnung Begutachtung

Gültig ab 2016

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Abrechnung der Begutachtung

Die Erstellung des Gutachtens über

- die vorgesehene prothetische Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____
- ausgeführte prothetische Leistungen vom _____
- den PAR-Behandlungsplan nach dem PAR-Status vom _____
- die PAR-Therapieergänzung vom _____
- die Behandlungsplanung bei Kiefergelenkserkrankungen vom _____
- die KFO-Behandlung nach dem Behandlungsplan / Verlängerungs-/ Therapieänderungsantrag / KIG-Einstufung / Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- die Feststellung einer Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V „Implantologische Leistungen“ erfolgte am _____ Untersuchung des Patienten am _____

Kostenabrechnung des Gutachters

Art der Leistung	Punkte	x Punktwert	Beträge in EUR
Gutachten			
Untersuchung des Patienten			
Sonstige Leistungen BEMA-Nr. _____ _____ _____ _____			
Kostenpauschale für bare Auslagen (z. B. Telefon, Porto, Verpackung)			12,20
Zwischensumme			
Bei Umsatzsteuerpflicht: Höhe der Umsatzsteuer ¹		19 %	
Rechnungsbetrag			

Überweisung erbeten unter Angabe der Rechnungsnummer _____

Bankverbindung oder IK² _____

IBAN _____

Steuer-Nr. _____

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Gutachters

¹ Falls sich im Nachhinein herausstellt, dass keine Umsatzsteuerpflicht bestanden hat, ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer an die Krankenkasse zurückzuzahlen.

² Gutachter, die über ein Institutionskennzeichen (IK) verfügen, können dieses an Stelle der Bankverbindung eintragen. Das IK kann auf freiwilliger Basis unter www.dguv.de/arge-ik beantragt werden.

Muster

**Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Supra-
konstruktion (Zahnersatz), Vorderseite**

Gültig ab 2000

**Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahn-
ersatz)**

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B. VII. Nr. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter unverzüglich zur Verfügung.

Muster

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Rückseite

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandeten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung							
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Par-Behandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
Chirurgische/Kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsdedefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdedefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

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

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Muster

Vordruck 8: Bonusheft

Gültig ab 1989

Vorderseite

Datum: <input type="text"/>	13 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	16 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	19 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	22 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	<div style="text-align: right;">Bonusheft</div> <p align="center">- Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen - für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>PLZ/Wohnort: <input type="text"/></p> <p><small>© 2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100</small></p>
Datum: <input type="text"/>	14 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	17 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	20 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	23 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	
Datum: <input type="text"/>	15 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	18 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	21 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	24 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	

Rückseite

<p>Nachweisheft zur Erlangung des Bonus beim Zahnersatz</p> <p>Versicherte erhalten bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen von ihrer Krankenkasse zusätzlich zum Festzuschuss einen Bonus, wenn sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die Individualprophylaxe-Untersuchungen in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen haben. • sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres wenigstens einmal in einem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen. <p>Außerdem muss der Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lassen.</p> <p>Der Festzuschuss erhöht sich um 20 %, wenn die gesetzlich vorgesehenen Untersuchungen ohne Unterbrechung in den letzten fünf Jahren nachgewiesen werden. Der Festzuschuss erhöht sich um weitere 10 %, wenn der Nachweis für die letzten zehn Jahre erbracht wird.</p>	Datum: <input type="text"/>	1 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	4 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	7 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	10 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift
	Datum: <input type="text"/>	2 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	5 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	8 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	11 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift
	Datum: <input type="text"/>	3 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	6 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	9 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift	Datum: <input type="text"/>	12 Individualprophylaxe <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> Zahnarztstempel und Unterschrift

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.07.2017

Gebührpflicht.		Krankenkasse bzw. Kostenträger		Zahnärztliche Heilmittelverordnung								
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten			geb. am		IK des Leistungserbringers		Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto		
Unfall/Unfallfolgen						Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		Heilmittel-Pos.-Nr.		
BVG	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Wegegeld-/Pauschale		Faktor		km	
			Vertragszahnarzt-Nr.		Datum		Hausbesuch		Faktor		Hausbesuch	
							Rechnungsnummer					
							Belegnummer					
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)												
<input type="checkbox"/> Erstverordnung		<input type="checkbox"/> Folgeverordnung		Behandlungsbeginn spätestens am								
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles				T T M M J J								
Hausbesuch		Therapiebericht										
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja										
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges												
Physiotherapie und physikalische Therapie				Sprech- und Sprachtherapie				Anzahl pro Woche				
<u>Vorrangige Heilmittel:</u>		<u>Ergänzende Heilmittel:</u>		Therapiedauer				1x 2x 3x				
<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45		<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung										30 min. 45 min. 60 min.
Indikationschlüssel				Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele								
ICD-10 – Code												
ICD-10 – Code												
Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)				Muster								
				Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes								

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Rückseite

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt. Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. Minuten, ggf. Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt:

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Originalgröße: DIN A4

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1a: Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

dem Durchgangsarzt zugewiesen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>
ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall
 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall
 Endbescheinigung

Muster 1a (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1b: Ausfertigung für den Arbeitgeber

Freigabe 12.10.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		geb. am
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
	Arzt-Nr.	

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit
 dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
festgestellt am	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>										

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Arbeitsunfähigkeits- 1
bescheinigung

Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1.2018)

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1c: Ausfertigung für den Versicherten

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

dem Durchgangsarzt zugewiesen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld
Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Muster 1c (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Muster 1d: Ausfertigung für den Zahnarzt

Freigabe 12.10.2017

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall Endbescheinigung

Muster 1d (1.2018)

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Diagnose			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
			Verbindliches Muster
<i>Bitte die Rückseite beachten!</i>			Muster 2a (10.2014)

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

<p>Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.</p> <p>Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.</p>	
<p>Vom Krankenhaus auszufüllen:</p> <p>Krankenhausaufnahme</p> <p>erfolgt(e) am _____</p>	<p>Freigabe 01.09.2014</p> <p>Verbindliches Muster</p> <p>Stempel des Krankenhauses und Unterschrift</p>

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!				
Untersuchungsergebnisse _____				
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____				
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____				
Mitgegebene Befunde _____				
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!			Muster 2b (10.2014)	

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
<i>Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!</i>				
Untersuchungsergebnisse _____				
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____				
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____				
Mitgegebene Befunde _____				
Ausfertigung für den überweisenden Arzt			Muster 2c (10.2014)	

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 4: Verordnung einer Krankbeförderung, Vorderseite

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 01.09.2014	Verordnung einer Krankbeförderung	4
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten geb. am		Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	1. Hauptleistung A) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär Behandlungsdaten: _____	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	B) ambulante Operation <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation Datum: <input type="text" value="T T M M J J"/> Behandlungsdaten: _____	
Status		C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) <input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige _____		
Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____				
Dauerhafte Mobilitätseinschränkung <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____				
voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="text" value=""/> Monate voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____				
2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs- wagen <input type="checkbox"/> Notarzt- wagen <input type="checkbox"/> andere _____				
Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) _____				
Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trage- stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere _____				
Von <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege		Nach <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt Wartezeit (Dauer): _____ Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____		
		Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____		
				Verbindliches Muster Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (10.2014)

Originalgröße: DIN A5 quer

Muster 21: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014			<p>Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes 21</p> <p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte vom <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> vom <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> bis einschließlich der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit.</p>	T	T	M	M	J	J	T	T	M	M	J	J
T	T	M		M	J	J									
T	T	M		M	J	J									
Krankenkasse bzw. Kostenträger															
Name, Vorname des Versicherten geb. am															
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum													
<p>Die Art der Erkrankung macht die Betreuung und Beaufsichtigung</p> <p>notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>			<p>Verbindliches Muster</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>												

Muster 21 (10.2014)

Originalgröße: DIN A6 quer

