

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 Therapiekürzel gemäß den Vor drucken 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

Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	

Raum für weitere Begründung

Name und Anschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname der/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 vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag 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			
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.