

Ausfüllhinweise zur Mitteilung über eine chirurgische Therapie gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-Richtlinie

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

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.

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Vordr. 5c (2008-07-2001) "Notwendig ab 2. Jahrgang" SCHÖTZEL/COX, 94 61118 7144 www.schötzels.de

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

1. Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist dasjenige Datum anzugeben, das bei der Antragstellung als Datum des Parodontalstatus angegeben wurde.

2. Anzuzeigende Leistungen

Die Durchführung einer chirurgischen Therapie ist der Krankenkasse lediglich zur Kenntnis zu geben; ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. In der Tabelle ist aufzuführen, an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT a und an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT b erfolgen. Die Zähne sind grundsätzlich einzeln anzugeben; Gebietsangaben dürfen erfolgen, wenn sämtliche in dem benannten Gebiet liegenden Zähne eine CPT erhalten und die Anzahl der behandelten Zähne eindeutig aus dem Gebiet erkennbar ist.

3. Datum, Unterschrift und Stempel

Die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT) ist mit Datum, Unterschrift und Stempel zu versehen.

4. Hinweis auf Überweisung

Die Mitteilung über die CPT ist von der Praxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung durchführt. Wird der Patient an eine andere Praxis zwecks Vornahme der CPT überwiesen, ist dies in der Freifläche im Formular anzugeben, z. B. durch die Angabe: „CPT erfolgt durch spezialisierten Zahnarzt“.