



KASSENZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BERLIN

Workshop

Zahnärztliche Dokumentation

Diese Präsentation können Sie unter
dem Webcode
W00088
auf der Website der KZV Berlin
runterladen.

Willkommen bei der
KZV Berlin

Ihr starker Partner in allen Belangen

Honorarverteilungsmaßstab



ZAHNÄRZTEHAUS

Zahnärztliche Dokumentation

Inhalt:

- Dokumentationspflicht
- Einsichts- und Auskunftsrecht der Patienten/Patientinnen
- Auskunfts- und Überlassungsrecht anderer Behandler/-innen
- Fehlende Mitgliedschaften / sonstige Kostenträger
- Ersatzverfahren
- Punktwerte / BKV

Dokumentationspflicht

- Patientenakte muss im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang geführt werden.
- In Papier- oder elektronischer Form.
- Änderungen bei den Einträgen dürfen nur erfolgen, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt und vermerkt wird, wann und von wem die Änderung vorgenommen wurde.

Dokumentationspflicht

- Die wesentlichen Vorgänge der Behandlung, Maßnahmen und deren Ergebnisse sind schriftlich niederzulegen.
- Hierzu zählen Anamnese, Diagnosen (nicht bloße Vermutungen und ungesicherte Befunde), Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.

Dokumentationspflicht

- Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.
- Erbrachte Leistungen sind grundsätzlich entsprechend den Vorschriften der Gebührenordnungen (BEMA, GOÄ, GOZ) in den zahnärztlichen Unterlagen aufzuzeichnen.
- Die einzusehenden Unterlagen sollen dabei verständlich, lesbar und nachvollziehbar sein.
- Die Patientenakte ist nach § 630 f Absatz 3 BGB und § 8 Abs. 3 BMV-Z für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Dokumentationspflicht

- Ebenfalls trifft den Behandler grundsätzlich die Beweislast dafür, dass ein Patient sachgerecht aufgeklärt wurde und in die Behandlung eingewilligt hat.
- Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, eine lückenlose Dokumentation vorweisen zu können.



Dokumentationspflicht

Es wird angenommen, dass der Behandler eine Maßnahme nicht getroffen hat, wenn sich hierzu keine Aufzeichnung in der Patientenakte findet.

Keine Dokumentation = Leistung nicht erbracht!



Dokumentation per PC

TT	MMZahn	Leistung		Bemerkung	Punkte
20	02	01	U		18
		27	Ä925a	Rö2 1	12
		28	48	Ost2	78
		28	40	I	8
24	02	28	38	N	10
18	03	7700	7700		5

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	f = fehlend k = Krone im = Implantat c = kariös b = Brückengl. i = Inlay x = zerstört t = Teleskop)(= verengte Lücke
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

#	Beh.	Datum	Zahn	Flä.	Leistung	Text	Anz	Fak.	Bemerkungen	Art
201	2	20.02.2020			01	Eingehende Untersuchung zur Feststellung vo	1		Befund?	K
201	2	20.02.2020	27,28		Rö2	Röntgendiagnostik der Zähne bis 2 Aufnahme	1	1	Kons Befund?	K
201	2	20.02.2020	28		I	Infiltrationsanästhesie	1	1	Kons Medikament?	K
201	2	20.02.2020	28		OST2	Osteotomie eines Zahnes, Zahnkeims, eines	1		sehr erschwerter Zugang Arbeitsschritte?	K
201	2	24.02.2020	28		N	Nachbehandlung, Tamponieren	1		faden gezogen	K
201	1	18.03.2020			7700	Kurze Bescheinigung/Zeugnis/AU	1		AU: 18.03.2020 Aufgrund der hohen Infektionsgefahr wegen des Corona Virus vom: 23.03.2020 bis: 17.04.2020 was für eine zahnärztliche Erkrankung	K
201	1	31.03.2020	----	----	----				----- Ende Quartal 1/2020 ----- lag hier vor	K

Dokumentation in Papierform

TT MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
17 01	107	Zst	16
	8	ViPr	6
	10	üZ	6
	01	U	18

TT MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
19 07	8	ViPr	6
	10	üZ	6
	01	U	18

TT MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
08 01	106	sK	10
	10	üZ	6
	8	ViPr	6
	04	PSI	10
	107	Zst	16
01	U	18	

TT MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
02 07	8	ViPr	6
	10	üZ	6
	Ä1	Ber	9
	27 13c	F3	123
	27 12	bMF	10
27	Cp		6
14 08	105	Mu	8
	01	U	18

3/17. 1.	01, Zst, 2/4/2 04 ViPr, üZ	Gebietsangabe?
3/19. 7.	01, ViPr; üZ	Medikament?
1. 8. 1.	01, 12. sK, üZ, ViPr; 2/2/2 04, Zst	Befund?
2. 7.	17 27 ViPr bmf, F3 (mod), Cp, üZ	
	01, sK	

Bemerkung PVS

TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte	TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte	
17	08	04	PSI	12	37	41a	L1		12	
		8	VIPr	6	36	13b	F2	23	39	
		107	Zst	16	36	12	bMF		10	
		01	U	18	36	25	Cp		6	
		17	A925a R62	0	14	09	17	40	I	4
		46	13b	F2	23	39	15	40	I	4
		46	41a	L1	12	39	12	40	I	4
		47	13b	F2	12	39	22	40	I	4
		47	12	bMF	10	39	24	40	I	4
		47	25	Cp	6	39	26	40	I	4
22	08	8	VIPr	6	39	37	41a	L1	4	
		37	13b	F2	12	39	47	41a	L1	4
				39	29	09	106	sK	10	

- Fehlende Kennzeichnung bei Injektionen und Röntgenaufnahmen
- Übermittlung der richtigen Bemerkungen:

Bissflügel =	0 für Röntgenaufnahmen
KCH =	1 für Röntgenaufnahmen
KB =	2 für Röntgenaufnahmen
KFO =	3 für Röntgenaufnahmen
PAR =	4 für Röntgenaufnahmen
ZE =	5 für Röntgenaufnahmen

TT	MMZahn	Leistung	Bemerkung	Punkte	
06	07	Ä1	Ber	9	
		12	40	I	5
		21	40	I	5
07	07	12	12	bMF	10
		12	40	I	5
		21	40	I	5



Ä1 - Beratung

#	Beh.	Datum	Zahn	Flä.	Leistung	Text	Anz	Fak.	Bemerkungen	Art
201	1	09.01.2020			Ä1	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	1		ZE-Beratung 11,21 evtl. Kronen angeraten, Inzisalkanten sehr transparent durchs Knirschen	K
201	1	09.01.2020			K1	Einglied. e.Aufbißbehelfs m.adjustierter Oberfl	1			K
201	1	30.01.2020			K8	Kontrollbehandlung, Einschl.Aufbißb.oder Sch	1		Front stark ausgeschliffen, Eckzahnführung herausgearbeitet	K
201	1	30.01.2020							KBR-Abschluß PL: 14 (317,37)	K
201	1	31.03.2020	---	---	---				----- Ende Quartal 1/2020 -----	K

richtig

Datum	S	Gebiet	Anzahl	Nr.	Lage	Dokumentation/Begründung	Beh E
21.01.20						05.12.19	9
		11		ä1			9
		11		rö2k		Meßaufnahme	9
		11		wf			9
		11		rö2		Kontrolle nach WF	9

falsch!!!



KFO Beispiel (falsch)

Abrechnung aus 2/18 VNW-2

Quartal	Abschl	LeerQt	Beh. Plan	Plannummer	EBZ	KIG	Verläng.	Beh. Beginn	Beh. Ende
2/2018	A 1		06.06.2018			D4		20.06.2018	

Sachleistungen

Datum	Zahn	Kurzbezeichnung	Bemerk./Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte	Betrag	
06.06		Aufnahme des Schädels; eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme).	3	A934a	19		
		Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Za	3	A935d OPG	36		
		KFO-Untersuchung	1	01k	28		
Kein Versichertenanteil KCH-Punktwert 1,0595 x KCH-Gesamtpunkte						83	87,94
Zahnärztliches Honorar							87,94

Kostenerstattung

Datum	Zahn	Kurzbezeichnung	Bemerk./Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte	Betrag	
06.06		Heil- und Kostenplan KFO	1		5	95	
06.06		Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidim	1	7a	19		
06.06		Methode zur Analyse von Kiefermodellen	1	117	35		
06.06		Fotografie mit diagnostischer Auswertung	2	116	30		
06.06		Methode zur Untersuchung des Gesichtsschädels	1	118	29		
20.06		Einstellung des UK in den Regelbiß, schwierig	1	120c	23		
20.06	UK	Umformung eines Unterkiefers, schwierig	1	119U	23		
20.06	OK	Umformung eines Oberkiefers, schwierig	1	119C0	23		
Zahnärztliches Honorar KFO-Punktwert 0,9401 x KFO-Gesamtpunkte						277	260,41

Material- und Laborkosten

Art	Nr	Bezeichnung	E-Preis	Anzahl	G-Preis
BEL	0130	Modellpaar sockeln	23,50	1	23,50
BEL	0010	Modell	6,18	2	12,36
BEL	0010	Modell	6,18	2	12,36
BEL	0112	Fixator	8,05	1	8,05
BEL	0202	Basis für Konstruktionsbiss	8,18	1	8,18
BEL	7010	Basis für Einzelkiefergerät	51,32	2	102,64
BEL	7100	Aufbiss	10,14	4	40,56
BEL	7200	Schraube einarbeiten	14,51	1	14,51
BEL	7210	Spezialschraube einarbeiten	21,58	1	21,58
BEL	7220	Trennen einer Basis	6,32	2	12,64
BEL	7300	Labialbogen	19,67	2	39,34
BEL	7340	Feder, geschlossen	11,43	1	11,43
BEL	7500	Einarmliges H-/A-Element	8,57	4	34,28
BEL	7510	Mehrrarmiges H-/A-Element	14,84	4	59,36
MAT		Alginatabformung	3,75	2	7,50
MAT		Alginatabformung	3,75	2	7,50
MAT		Mikro-Schraube OK Fo	7,90	1	7,90
MAT		Dehnschraube	4,95	1	4,95
Zwsumme					428,64
Summe E 20.06.2018					428,64

06.06.18	84	11 #1 -Leitungsanästhesie, intraoral ; Ultracain Forte			2
	84	x2 #1 -Entfernung eines mehrwurzligen Zahnes			2
		2x =7,50 #1 -Alginatabformung			1 5
		=23,50 #1 -Modellpaar sockeln			1 5
		2x =12,36 #1 -Modell #1; KFO			
		A934a:3 #1 -Fernröntgen- oder Schädelaufnahme, eine Aufnahme			1 5
		5 #1 -Kieferorthopädische Behandlungsplanung			1 5
		7a #1 -Vorbereitende Maßnahmen KFO / Abformung ;			1 5
		KFO Anfangsmodell(e)			1 5
		117 #1 -Analyse von Kiefermodellen ; Dreidimensionale Analyse			1 5
		2x 116 #1 -Profil oder en-face-Fotografie			1 5
		01k #1 -Kieferorthopädische Untersuchung			1 5

11.06.18		#1 KFO- Plan an Kasse			
20.06.18		2x =7,50 #1 -Alginatabformung			1 5
		2x =12,36 #1 -Modell #1; OK UK Algi zur Plattenherstellung #1; Bissnahme #1; Fotos zur Doku			1 5
		120c #1 -Einstellung des UK in Regelbiß, schwierig ;			1 5
		1. Abschlag			1 5
		119cuk #1 -Umformung des Unterkiefers, schwierig ;			1 5
		1. Abschlag			1 5
		119cok #1 -Umformung des Oberkiefers, schwierig ;			1 5
		1. Abschlag			1 5
		=8,05 #1 -Fixator			1 5
		=8,18 #1 -Basis für Konstruktionsbiss			1 5
		2x =102,64 #1 -Basis Einzelkiefergerät			1 5
		4x =40,56 #1 -Aufbiss			1 5
		=14,51 #1 -Schraube einarbeiten			1 5
		=21,58 #1 -Spezial-Schraube einarbeiten			1 5
		2x =12,64 #1 -Trennen einer Basis			1 5
		2x =39,34 #1 -Labialbogen			1 5
		=11,43 #1 -Feder, geschlossen			1 5
		4x =34,28 #1 -Einarmliges H-/A-Element			1 5
		4x =59,36 #1 -Mehrrarmiges H-/A-Element			1 5
		=7,90 #1 -Mikro-Schraube OK Fo			1 5
		=4,95 #1 -Dehnschraube			1 5

KFO Beispiel

- Zur Geb.-Nr. 01k fehlt jegliche Dokumentation zum Befund und zur KIG-Einstufung.
- Zur Geb.-Nr. Ä934a (FRS) fehlt der Befund und die dazugehörige Auswertung mit der Geb.-Nr. 118 ist nicht aufgeführt.
- Die Geb.-Nr. Ä935d (OPTG) fehlt komplett in der Dokumentation.
- Zu den Geb.-Nrn. 7a und 117 fehlt die Auswertung ("Anfangsmodelle" reicht nicht aus).



KFO Beispiel (richtig)

Abrechnung aus 4/23 VNW:0

Quartal	Abschl	LeerQt	Beh.Plan	Plannummer	EBZ	KIG	Verläng.	Beh.Beginn	Beh.Ende
4/2023	L	x	15.01.2020					04.03.2020	
Sachleistungen									
Datum	Zahn	Kurzbezeichnung	Bemerk./Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte	Betrag			
02.10		Aufnahme des Schädels; eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme). Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zä	3	A934a	19				
				3Ä935d OPG	36				
Kein Versichertenanteil					KCH-Punktwert	1,2078	x KCH-Gesamtpunkte	55	66,43
Zahnärztliches Honorar									66,43
Kostenerstattung									
Datum	Zahn	Kurzbezeichnung	Bemerk./Anzahl	Geb.-Nr.	Punkte	Betrag			
02.10		Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidim	1	7a	19				
02.10		Methode zur Analyse von Kiefermodellen	1	117	35				
02.10		Fotografie mit diagnostischer Auswertung	2	116	30				
02.10		Ausgliederung von Vollbögen	2	128c	18				
02.10		Entfernung eines Bandes	28	126d	168				
02.10		Eingliederung eines Teilbogens	1	127a	25				
02.10		Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material-	6	126a	108				
02.10		Methode zur Untersuchung des Gesichtsschädels	1	118	29				
Zahnärztliches Honorar					KFO-Punktwert	1,0609	x KFO-Gesamtpunkte	432	458,31
Material- und Laborkosten									
Art	Nr	Bezeichnung	E-Preis	Anzahl	G-Preis				
BEL	0010	Modell	7,04	4	28,16				
BEL	0130	Modellpaar sockeln	26,86	1	26,86				
BEL	7010	Basis für Einzelkiefergerät	58,65	2	117,30				
BEL	7310	Labialbogen modifiziert	33,71	2	67,42				
BEL	7110	Abschirmelement	21,12	2	42,24				
BEL	7500	Einarmiges H-/A-Element	9,79	3	29,37				
BEL	7510	Mehrmarmiges H-/A-Element	16,97	4	67,88				
MAT	5001	Abdruckpauschale	3,95	4	15,80				
Zwsumme					395,03				
Summe	E	02.10.2023			395,03				
Gesamtbetrag Kostenerstattung inkl. M+L-Kosten						853,34			
Kassenanteil					90 %	768,01			
Versichertenanteil					10 %	85,33			

Typ	Datum	Sz	Zahn	Geb.-Nr	Beschreibung	Anz	Bem.	Sollst	KZV-Begründung	Praxisintern	NBQ	Behand.	Text
1	02.10.2023		OK, UK	128c	Ausgliederung von Vollbögen	2						B	
2	02.10.2023		17-27	126d	Entfernung eines Bandes, eines Brackets ode...	28						B	
3	02.10.2023			7a	Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusi...	1						B	
4	02.10.2023			117	Modellanalyse	1						B	
5	02.10.2023			A935d	Orthopantomogramm / Halbseitenaufnahme	1	KFO					B	
6	02.10.2023			A934a	Aufnahme des Schädels - eine Aufnahme (au...	1	KFO					B	
7	02.10.2023			118	Kephalometrische Auswertung	1						B	
8	02.10.2023			116	Fotografie	2						B	
9	L 02.10.2023			001-0	Modell	4							
10	L 02.10.2023			013-0	Modellpaar sockeln	1							
11	M 02.10.2023			AP BKK/KI	Abdruckpauschale	4							
12	02.10.2023			127a	Eingliederung eines Teilbogens aus Edelstah...	1						B	
13	02.10.2023		33-43	126a	Eingliedern eines Brackets oder eines Attach...	6			geklebter Retainer			B	

Datum	Arzt	Signum	Leistungen	Labor
02.10.2023	B	KI	Ret. UK 3-3 eingesetzt, Br.17-27 und 37-47 entfernt sag StL: 3,0 mm, ML: o.B: SD DM, PM, OPTG, FRS, Foto Abf. f.RPI bdk Wb genommen Farbe.12/H	4x001-0, 013-0, 4xAP BKK/IKK, 2x701-0, 2x731 A935d(3), A934a(3), 118, 2x711-0, 3x750-0, 4x751-1 2x116; 127a, 6x33-43; 126a;
02.10.2023	H	KI	RPL OK, UK, (N) eingesetzt Bilder zur Sitzung	
04.10.2023	H	H	OK RPI (N), UK, RPI(N) Ro: eKI aller M3, Ret.3-3 in situ SD: ausgeformte Zahnbögen OK, UK BL bds. neutral Ther: Retention 2.Jahre I R geklebt Ret 3-3	

KFO Beispiel 01k (richtig)

1.	22.02.2024	01k	Kieferorthopädische Untersuchung	1	KIGD1										
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Kartei Jumbos Journal </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Datum</th> <th style="width: 45%;">Karteieintrag</th> <th style="width: 10%;">Arzt</th> <th style="width: 10%;">Signum</th> <th style="width: 15%;">Leistungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.02.2024</td> <td> <p>Untersuchung und Beratung: MH: 2, zahlreiche füllungen im Milchgebiss ML: stimmt Verzahnung: re 6er: n.B, re 3er: n.B, li 3er: n.B, li 6er: n.B sag. St: 2 mm vert. St: 3mm XB: / buNO: / Sonstiges: XT 64 KiG: D1</p> <p>Pat kommt auf anraten dens ZA, XT 64 im Dez 23 erfolgt, Lücken soll offen gehalten werden für Folgezahn LH empfohlen, Tragedauer (jede Nacht) Pat noch sehr jung und ängstlich ! Abdruck Ok heute versucht, Versuch LH im Labor herzustellen, sollte Abdruck unzureichen sein, soll beim nächsten Mal erneut abgeformt werden Farbe 19</p> </td> <td>BA</td> <td>Hs</td> <td>01k(KIGD1);</td> </tr> </tbody> </table>						Datum	Karteieintrag	Arzt	Signum	Leistungen	22.02.2024	<p>Untersuchung und Beratung: MH: 2, zahlreiche füllungen im Milchgebiss ML: stimmt Verzahnung: re 6er: n.B, re 3er: n.B, li 3er: n.B, li 6er: n.B sag. St: 2 mm vert. St: 3mm XB: / buNO: / Sonstiges: XT 64 KiG: D1</p> <p>Pat kommt auf anraten dens ZA, XT 64 im Dez 23 erfolgt, Lücken soll offen gehalten werden für Folgezahn LH empfohlen, Tragedauer (jede Nacht) Pat noch sehr jung und ängstlich ! Abdruck Ok heute versucht, Versuch LH im Labor herzustellen, sollte Abdruck unzureichen sein, soll beim nächsten Mal erneut abgeformt werden Farbe 19</p>	BA	Hs	01k(KIGD1);
Datum	Karteieintrag	Arzt	Signum	Leistungen											
22.02.2024	<p>Untersuchung und Beratung: MH: 2, zahlreiche füllungen im Milchgebiss ML: stimmt Verzahnung: re 6er: n.B, re 3er: n.B, li 3er: n.B, li 6er: n.B sag. St: 2 mm vert. St: 3mm XB: / buNO: / Sonstiges: XT 64 KiG: D1</p> <p>Pat kommt auf anraten dens ZA, XT 64 im Dez 23 erfolgt, Lücken soll offen gehalten werden für Folgezahn LH empfohlen, Tragedauer (jede Nacht) Pat noch sehr jung und ängstlich ! Abdruck Ok heute versucht, Versuch LH im Labor herzustellen, sollte Abdruck unzureichen sein, soll beim nächsten Mal erneut abgeformt werden Farbe 19</p>	BA	Hs	01k(KIGD1);											

Dokumentationspflicht – häufigste Fehler

- Reine Auflistung der Abrechnungspositionen
- Keine Ergebnisse notiert (z.B. ViPr)
- Keine verwendeten Medikamente/Arzneimittel/Materialien notiert (z.B. bei Betäubungen, Mu, üZ, Füllungen usw.)
- Keine Doku zu Aufklärungsgesprächen und deren Inhalt (z.B. Ä1, ATG, IP2)
- Keine Doku zu Behandlungsalternativen (v.a. ZE)
- Keine Indikation und Auswertung bei Röntgenaufnahmen
- Keine Zahnangaben (z.B. sK, Mu usw.)
-

Dokumentationspflicht

Aber wie setze ich das in die Praxis um?



© Orlando Florin Rosu

Dokumentationspflicht – praktische Tipps

- Datum der Behandlung, ggf. Uhrzeit (z.B. bei einem Unfall)
- Ggf. auch Dauer der Behandlung (z.B. Bema Nr. 36 Nbl1)
- Grund der Behandlung (z.B. Kontrolle, Schmerzen)
- Anamnese, Befunde, Diagnosen (ggf. auch Verdachtsdiagnosen)
- Untersuchungen und deren Ergebnisse
- Inhalte von Beratungsgesprächen, Einwilligungen
- Therapiemöglichkeiten und deren Alternativen
- Behandlungsablauf und -systematik (richtlinienkonformes Vorgehen)
- Verwendete Materialien und Arzneimittel
- Arztbriefe sind der Akte hinzuzufügen

Dokumentationspflicht – praktische Tipps

Beispiel Füllung:

Zahn	BEMA	
		Pat. kommt zur Füllungstherapie 46 mo, Aufklärung über verschiedene Materialien (Komposit, Inlay aus Keramik, Gold oder NEM, Füllung mit oder ohne Zuzahlung; Pat wünscht Komposit mit Mehrfarbtechnik, Mehrkostenvereinbarung unterschrieben)
46	Vipr	Sensibilität positiv, Kältespray
46	L1	Infiltration mit Ultracain-DS 1 x 1,7 ml (Charge-Nr. XXXX, Haltbar bis 01.2026)
46	bMF	Besondere Maßnahmen, Stillung übermäßiger Papillenblutung mit H2O2
46	Cp	Pulpa schimmert mesial durch, Dycal punktförmig aufgetragen
46	F2	Füllung mo, Karies entfernt, Separieren, Tofflemire Matrize, Holzkeil, Total Etch 30 Sekunden, Scotchbond Universal Bonding, Tetric A3, Okklusion geprüft und korrigiert, Politur Aufklärung über Fahruntauglichkeit nach LA, soll bis abklingen der Betäubung nicht essen wegen Verletzungsgefahr, anfängliche Überempfindlichkeit nach Füllung / Cp möglich

Dokumentationspflicht – praktische Tipps

Nutzung von Textbausteinen:

- Als Grundgerüst in der Dokumentation
- Für jede Behandlung immer individualisieren!
- Gleicher „Standard“ für alle Behandler/innen in der Praxis
- Deutliche Zeitersparnis in Dokumentation und Kontrolle

Dokumentationspflicht

Beispiel Textbausteine

- Hier Füllung
- Nicht erbrachte Inhalte werden gelöscht
- Zusätzliche Inhalte werden ergänzt

The screenshot shows a software window titled "Erweiterte Dokumentation". The interface includes a toolbar with icons for "Beenden", "Speichern", "Zeitstempel", "Suchen", "DAISY", and "Hilfe". The main text area contains the following content:

Zeile: 1, Spalte:1

Dokumentation:

Füllungstherapie mit Zuzahlung

MKV unterschrieben
 Pat. hat die Vor- und Nachteile der Behandlung verstanden und hat keine weiteren Fragen.

ViPr:

Anästhesie: 1,7 ml Ultracain D-S / Forte / -D
 (Charge: , Haltbarkeit:)

Karies exkaviert
 Matrize Tofflemire / Garrison Teilmatrize, Keil
 bMF: Separieren,
 cp: Dycal, Kerr Life
 Schmelz-Ätztechnik mit Pure Ätzgel 37%, 30
 Sekunden, Scotchbond Universal, Lichthärtung
 Füllung: SDR, Tetric Evo Ceram Farbe ,
 Tetric Evo-Flow Farbe , anderes:
 Kompositfüllung in Adhäsivtechnik und
 Mehrschichttechnik (und Mehrfarbtechnik)
 Okklusion überprüft, Politur

Risiken: Schmerzen nach Füllung / cp möglich,
 Vitalitätsverlust, WKB, über Fahruntauglichkeit
 nach Anästhesie aufgeklärt Pat. über alternative
 Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt (MKV Füllung,
 Inlay Gold/Keramik/Kunststoff, Regelversorgung)
 Patient entscheidet sich für die Behandlung mit
 Zuzahlung.

Dokumentationspflicht

Beispiel Textbausteine

- WKB

Erweiterte Dokumentation

Beenden Speichern Zeitstempel Suchen DAISY Hilfe

Zeile: 1, Spalte:1

Dokumentation:

Endo mit Med

Anästhesie: 1,7 ml Ultracain D-S / Forte /-D
(Charge: , Haltbar bis:)
Kofferdam gelegt, Trepanation
Kanalspülung Natriumhypochlorit 5%

Intrakanaläre Diagnostik mittels Dentalmikroskop:

- Dentikel vorhanden
- Isthmus vorhanden zw. Kanälen:
- Frakturlinien, Risse
- Obliterationen
- weitere Kanäle

elektrische Längenmessung, mehrfach wiederholt:

mb = mm
mb2 = mm
dist = mm
pal = mm

Rö-Mess, definitive Arbeitslänge:

mb = mm
mb2 = mm
dist = mm
pal = mm

Aufbereitung der Kanäle mit Pro Taper Gold F /
Hedstroem-Feilen Iso / Reamer Iso
Häufige Spülungen mit 5% Natriumhypochlorit

Abschluss-Spülung mit NaOCl 5%, EDTA 17%, CHX 2%
Med.: Calcyl, Schaumstoffpellet / Cavit

Zusatzleistung zur WKB

Über die Aufklärung möglicher zusätzlicher Kosten bei einer WKB muss eine Dokumentation in der Karteikarte erfolgen:

- Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals
- Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden
„Phys“
- Mehr als 3 x Med benötigen eine Ausnahmeindikation

WK

36	34 <Med>	Medikamentöse Einlage	16,28	*	Bedarf Chlorhexamed-Spülung, Ledermix, Watte, Harwardzement, morgen bei Beh. vorstellen
36	32 <WK>	3x Aufbereit. eines Wurzelkanals	94,44	*	
36	31 <Trep1>	Trepanation eines pulpatoten Zahnes	11,94	*	Fus++
36	Ä925a	Röntgendiagnostik der	13,03	*	RB: apicale

Wichtig: Zu dokumentieren wären z. B.

- Angabe des Grundes der notwendigen Aufbereitung (Notfallbehandlung)
- Eröffnung des Pulpenkavums
- Angabe, wie weit der Kanal aufbereitet wurde (ISO-Größe)
- Röntgenbild als Messaufnahme oder ggf. eine elektronische Längenmessung

Dokumentationspflicht

Beispiel Textbausteine

- Rö-Auswertung OPG

Erweiterte Dokumentation

Beenden Speichern Zeitstempel Suchen DAISY Hilfe

Zeile: 1, Spalte:1

Dokumentation:

Diagnostik OPG Erwachsener

Rechtfertigende Indikation:

Kieferhöhle:

Kiefergelenke:

Knochenabbau (horizontal / vertikal):

Anlage der 8er:

fehlende Zähne:

Karies:

apicale Aufhellungen:

Wurzelbehandelte Zähne:

Resizierte Zähne:

Implantate:

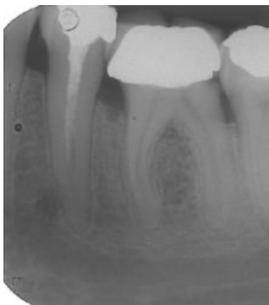
Sonstiges:

Therapieplanung:

Röntgenaufnahmen

Für alle Röntgenaufnahmen gilt:

- **Obligatorische schriftliche Befunddokumentation**
- Kennzeichnung Behandlungsgrund (0, 1, 2, 3, 4, 5)



oder



KZV-interne Mitteilungen

- Können direkt über das PVS an die KZV mit der Abrechnung übermittelt werden.
- Sind leistungsbezogene Mitteilungen zu bestimmten Positionen (z.B. Bruxismus, minimal invasiv, Behandlungsabbruch durch Patienten usw.).
- Verringert Nachfragen zur Abrechnung (Zeitersparnis!).

KZVI: Geb.-Nr. 13a – 13d doppelt

TT	MM	Zahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
		17	40	I	8
		16	13a	F1	2
		16	13a	F1	2
13	03		107	Zst	16
			01	U	18
		47	13b	F2	25
		47	12	bMF	10
		47	41a	L1	12

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Zahn 16 getrennte Füllungen
- Minimal invasive Füllung

KZVI: Geb.-Nr. 13 innerhalb der Gewährleistung

TT	MM	Zahn	Leistung	Bemerkung	Punkte
	22		13a F1	4	32
	23		13a F1	4	32
	23		40 I		8
	26		13b F2	12	39
	26		12 bMF		10
	26		40 I		8

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Bruxismus
- auf etwas Hartes gebissen
- Füllung nach WKB (neuer Behandlungsfall)

KZVI: Geb.-Nr. 40/41a

TT	MMZahn	Leistung		Bemerkung	Punkte
28	11	107	Zst		16
		01	U		18
		44	Ä925a	Rö2 1	12
05	12	44	41a	L1	12
11	12	45	13b	F2 14	39

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Behandlungsabbruch
- Überweisung an Chirurgen

KZVI: Geb.-Nr. Ä1 / 105 während PAR

TT	MMZahn	Leistung		Bemerkung	Punkte
10	12	Ä1	Ber		9
	17	40	I	4	8
	15	40	I	4	8
	13	40	I	4	8
	11	40	I	4	8

TT	MMZahn	Leistung		Bemerkung	Punkte
07	10	106	sK		10
		105	Mu		8
		8	ViPr		6
07	11	18	I	4	8
		16	I	4	8

KZV interne Mitteilungen

- Müssen ausführlich und individuell sein (**dennoch keine Garantie!!!**)
- Nur „für ZE“ oder „für KB“ reicht nicht aus
- Bei Mu Region und Grund angeben

Geb.-Nrn. 107 (Zst) geht nie während der laufenden PAR und 04 (PSI) nur vor der Genehmigung des PAR Planes

KZVI: GOÄ-Nr. 2009 (Entfernung eines Fremdkörpers)

TT	MMZahn	Leistung		Bemerkung	Punkte
17	04	04	PSI		12
		01	U		18
	16	13b	F2	25	39
	16	2009	2009		12
	16	40	I		8
	16	Ä925a	Rö2	1	12

KZV interne Mitteilungen z.B.

- Zahn 16 palatinale Wand entfernt
- Sequester entfernt
- Fremdkörper entfernt

KZVI: GOÄ-Nr. 2381 (einfache Hautlappenplastik)

TT	MMZahn	Leistung		Bemerkung	Punkte
20	04	Porto	Porto	85	0
		7750	7750		15
		Ä1	Ber		9
	48	2381	2381		42
	48	44	X2		15
	48	41a	L1		12
27	04	48	38	N	10

KZV interne Mitteilungen z.B.

- ASS Einnahme
- Marcumar
- alio loco

Zahnärztliche Dokumentation



Einsichts- und Auskunftsrecht der Patienten/Patientinnen



©Dron – Fotolia.com

Einsichtsrecht

- Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit nicht therapeutische oder sonst erhebliche Gründe entgegenstehen.
- Er kann Abschriften der Akte verlangen. Auch Erben oder die nächsten Angehörigen können unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Einsicht in die Unterlagen geltend machen, soweit nicht der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

Einsichtsrecht

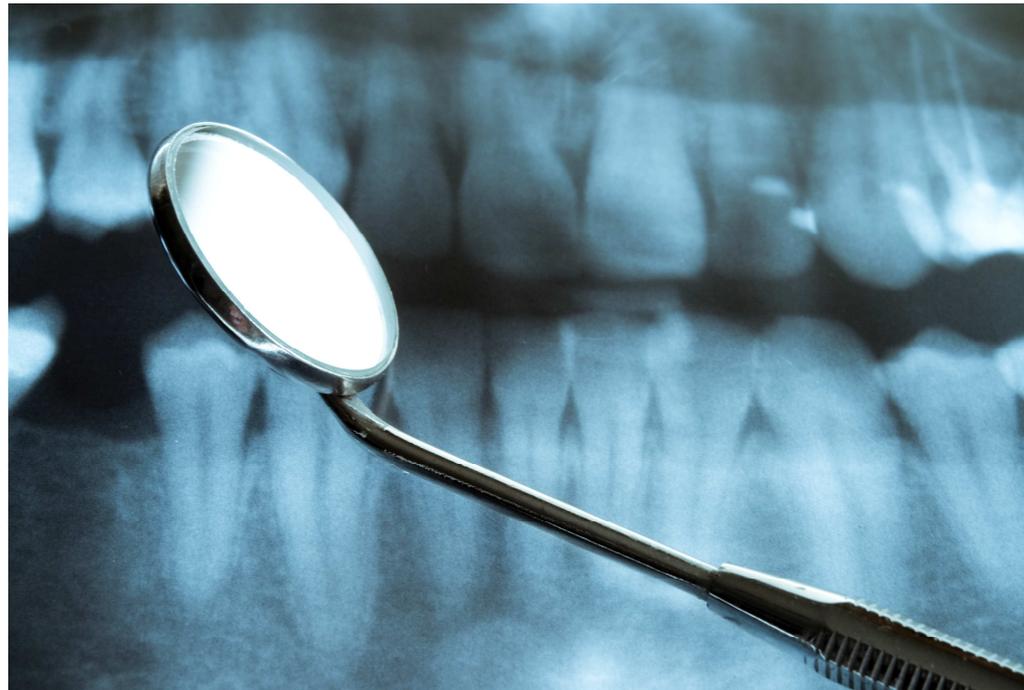
- Das Einsichtsrecht bezieht sich dabei zwar grundsätzlich auf die **Originalunterlagen**. Diese müssen und sollten allerdings dem Patienten **nicht** zum Verbleib ausgehändigt werden, da der Zahnarzt zur Aufbewahrung verpflichtet ist. Er ist und bleibt Alleineigentümer der Unterlagen.
- Daher genügt es in aller Regel, dem Patienten die Einsichtnahme in der Praxis zu ermöglichen bzw. ihm eine entsprechende **Kopie** zu überlassen.
- Nach dem aktuellstem Urteil des EuGH ist dabei die erste Kopie kostenfrei zu erstellen (Oktober 2023).

Einsichtsrecht

- Bei weiteren Kopien kann die Praxis die Kosten geltend machen, es wird pro Kopie eine Summe von 50 Cent als angemessen angesehen.
- Solche Kosten werden nicht über den BEMA oder die GOZ berechnet (es ist keine zahnärztliche Leistung). Es darf auf der Rechnung kein Bezug zu Bema / GOZ / GOÄ enthalten sein.
- Berechnung erfolgt über:
 - § 670 BGB „Ersatz von Aufwendungen“
 - § 612 BGB „Vergütung einer Dienstleistung“

Auskunfts-/Überlassungsrecht

Herausgabe von Original-Röntgenaufnahmen



©VRD – Fotolia.com

Auskunfts-/Überlassungsrecht

- Röntgen-Bilder sind Eigentum des Zahnarztes / Arztes, der diese erzeugt hat. Dieser unterliegt auch der Aufbewahrungsfrist (10 Jahre; bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres bei Minderjährigen).
- Im Hinblick auf die Aufbewahrungspflicht sollten man sich grundsätzlich den Erhalt der von der Praxis erstellten Behandlungsunterlagen und Röntgenaufnahmen vom Anfordernden **quittieren** lassen um den Überblick über den Aufenthaltsort der Unterlagen zu bewahren.

Auskunfts-/Überlassungsrecht

Herausgabe an Patienten/Patientinnen bzw. Fremdpraxis:

- ZA ist nicht verpflichtet, dem Patienten die Originale zu überlassen.
- Es kann eine Kopie ausgehändigt werden, die Kosten dafür trägt der Patient.
- Auch ein Scan / Fotografie ist möglich (jedoch Verlust von radiologischen Details).
- Herausgabe von Original-Aufnahmen ist in der Patientenakte zu dokumentieren (Datum, Empfänger, Zweck der Anforderung).
- Eine Anforderung von Unterlagen durch eine Fremdpraxis ist möglich und wieder ausführlich zu dokumentieren. Bitte hier auf die Entbindung von der Schweigepflicht achten.

Auskunfts-/Überlassungsrecht

Digitale Röntgenbilder:

- Übermittlung am Sichersten über KIM
- Können auch verschlüsselt über E-Mail verschickt werden (Datenschutz)
- Auch dies ist in der Patientenakte zu dokumentieren
- Auch Herausgabe über CD / Memorystick möglich (Cave Viren)
- Ggf. entstandene Kosten können dem Patienten in Rechnung gestellt werden (§§ 612, 670 BGB)

Empfehlung: Praxiseigener Memorystick

Beispiele zu den fehlenden Mitgliedschaften und Sonstige Kostenträger

- Auslandsabkommen besondere Personengruppe (bPG) 7
 - Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
 - Nationaler Anspruchsnachweis

- Mitgliedsnachweis
 - Kassenzuordnung
 - Wohnortprinzip

- Sonstige Kostenträger
 - bPG 9
 - bPG 5
 - Polizei
 - Berechtigungsscheine
 - Bundeswehr



besondere Personengruppe (bPG) 7

Englisch

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten. durch den Patienten
I intend to stay in Germany until in Germany to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse durch die Praxis
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes
Treating physician's name

Name, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient

Geschlecht
Sex
 weiblich female männlich male

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Temporary address in Germany

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

oder Durchreise
or Passing through

Identität nachgewiesen durch
Identity documented by

Reisepass
Passport

Personalausweis
ID card

Nr.
No.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

Unterschrift des Patienten
Patient's signature

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

[10.2018]



bPG 7 von der Praxis ausgefüllt

Englisch

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum [] in Deutschland aufzuhalten.
I intend to stay in Germany until [] in Germany.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes
Treating physician's name

Name, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient

Geschlecht
Sex
 weiblich / female
 männlich / male

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country

Straße, Hausnummer / Street, house no.
23 rue de Junglinster 6160 Baylinske
PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country
Luxembourg

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Temporary address in Germany

oder
or Durchreise
Passing through

(in Stadt, Familie, etc.) / (in City, family, etc.)
Straße, Hausnummer / Street, house no.
PLZ, Ort / Postcode, city
Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

Identität nachgewiesen durch
Identity documented by

Reisepass
Passport
 Personalausweis
ID card

Nr.
No. []

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date
19/10/2021

Unterschrift des Patienten
Patient's signature

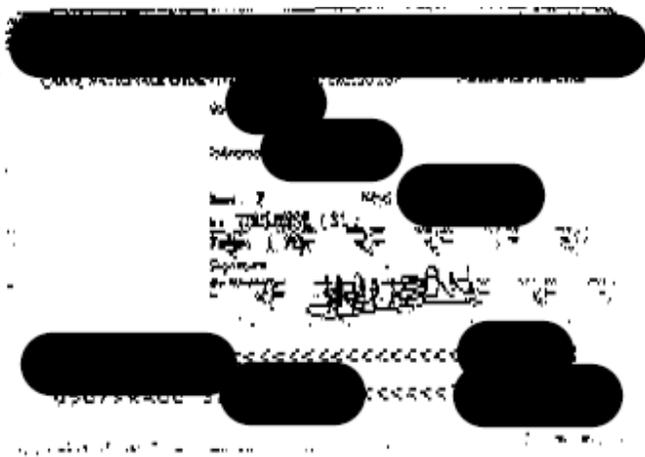
Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

(10/2018)

Unterlagen von der Praxis eingereicht:

nicht lesbare Kopie



Folgende Angaben fehlen:

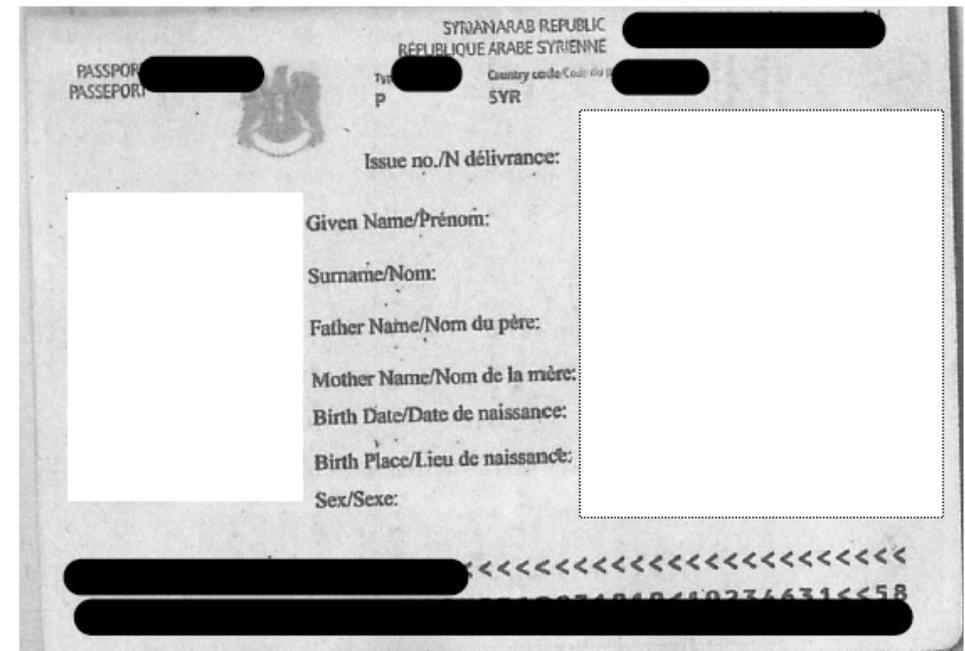
- Datum
- Stempel der Praxis
- Unterschrift des VZA

Nationaler Anspruchsnachweis

EHIC mit Sternchen



Ausweis/Pass



Patient **muss** zu einer Deutschen Krankenkasse gehen und sich eine Bescheinigung ausstellen lassen

Nationaler Anspruchsnachweis

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Sachsen-Anhalt		
Name, Vorname des Versicherten [REDACTED] geb. am [REDACTED]		
Kostenregelnummer 101097008	Versicherungs-Nr. [REDACTED]	Stätte 10007
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Nationaler Anspruchsnachweis

für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung haben

Vortagezahnärztliche Leistungen können im Zeitraum

von bis in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht

Leistungsumfang in Deutschland

(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)

Überweisung: Eine unmittelbare Überweisung ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte Einrichtung, bescheinigen Sie dies bitte durch schriftliche Überweisung. Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

Arzneimittelverordnung: Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Muster 16) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden.

Heilmittelverordnung: Heilmittel sind mit dem Vordruck 9 BMV-Z - Zahnärztliche Heilmittelverordnung - zu verordnen. Der Patient hat die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Tragen Sie bitte zusätzlich auf dem Vordruck den Hinweis „Leistung durch Krankenkasse genehmigen lassen“ auf.

Anspruch auf alle Sachleistungen

Anspruch auf sofort notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen nur bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung

Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann

Schwangerschaft und Mutterschaft

Anspruch auf Sachleistungen nur für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung
(Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht.)

Anspruch nur für die Behandlung bei folgendem Zahnarzt/folgender Zahnärztin

Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer

Sonstiges

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) ab. Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KZV.

Datum

Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin

Kassenzuordnung

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

EINFACH ERSTKLASSIG

HEK - Hanseatische Krankenkasse - 22041 Hamburg

HEK - Beitrag und Versicherung
Wandsbeker Zollstraße 86-90 - 22041 Hamburg

Fax: 040 65696-1237
E-Mail: kontakt@hek.de
Internet: www.hek.de

Service-Team: 0800 0213213 (kostenfrei)
Versichertennummer: [REDACTED]
Datum: 21.09.2023

Frau

Guten Tag

sollten Sie sich vor Erhalt Ihrer Karte in ärztliche beziehungsweise zahnärztliche Behandlung begeben, gilt dieses Schreiben als vorläufiger Versicherungsausweis.

Wir bestätigen hiermit die Versicherung bei der Hanseatischen Krankenkasse für:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Status:
[REDACTED]	[REDACTED]	1
Krankenversicherungsnummer:	Kassennummer:	Gültigkeitsdauer:
[REDACTED]	109571000 WOP - Kennzeichen 72	vom 01.10.2022 bis 30.11.2022

Freundliche Grüße
Ihre HEK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krk. >Berlin		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]	geb. am	W
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
D 13509 Berlin		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
307750	[REDACTED]	1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	16.11.2022

Praxis hat eine Mitgliedsbescheinigung der HEK erhalten und den Patienten aber über die Techniker Krankenkasse aufgenommen.

Wohnortprinzip



Fachzentrum
Mitgliedschaft/Beiträge

Tel. 040 - 460 66 10 10

Geschäftszeichen

23. August 2023

Mit den folgenden Daten können die Leistungen abgerechnet werden:

Name: [REDACTED]
 Anschrift: Tempelhofer Damm 117
 12099 Berlin
 Geburtsdatum: [REDACTED]
 Kassenummer: 109577507
 Versichertennummer: [REDACTED]
 Versichertenstatus: [REDACTED]

Diese Bescheinigung gilt vom 25. Mai 2023 bis zum 20. September 2023.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krk. >Berlin		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED]		[REDACTED]
D 15745 Wildau		03/23
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
327750		1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	26.01.2023

32 = KZV Hamburg

bPG 9

Krankenkasse bzw. Kostenträger DAK Gesundheit		
Name, Vorname des Versicherten [REDACTED]		
	geb. am	M
	[REDACTED]	[REDACTED]
D 16321 Bernau bei Berli 08/23		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
536799	[REDACTED]	1090000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	31.08.2023

Ersatzbehandlungsausweis zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Name	[REDACTED]
Vorname	[REDACTED]
Anschrift	Wandlitzer Chaussee 53a, 16321 Bernau bei Berlin
Status:	190
DAK-IK/Kostenträgerkennung:	105830016

Anmeldung bei einer Krankenkasse nach § 264 Abs. 1 SGB V

Webcode: W00286



bPG 5

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krk. >Berlin		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED]		[REDACTED]
D 10409 Berlin		09/23
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
307750	[REDACTED]	1050000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	25.08.2023

Krankenkasse		
Techniker Krankenkasse		
Name		
[REDACTED]		
Vorname	Geburtsdatum	
[REDACTED]	[REDACTED]	
Anschrift		
[REDACTED]		
10409 Berlin		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
109577507	[REDACTED]	1

**Nachweis der 85
Anspruchsberechtigung
bei Ruhen des Anspruchs
gemäß § 16 Absatz 3a SGB V**

gültig für 3 | 2 | 3 Quartal

Dieser Nachweis gilt im Rahmen der Kostenübernahme durch die unterzeichnende Krankenkasse für die/den oben genannte(n) Versicherte(n) bei Früherkennungsuntersuchungen gemäß §§ 25 und 26 SGB V und bei Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen/Schmerzzustände sowie Schwangerschaft/Mutterschaft erforderlich sind.

Ausstellungsdatum
1 | 0 | 0 | 7 | 2 | 3

Techniker Krankenkasse

[Signature]

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse
Muster 85 (10.2014)

BPol

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Heilfürsorge BPol		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED]		[REDACTED]
D 12305 Berlin		05/24
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
30360039	[REDACTED]	1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	29.09.2023



POLPräs

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
POL Präsident in Berlin		
Name, Vorname des Versicherten		
[REDACTED]		geb. am M
[REDACTED] S		[REDACTED]
D 13127 Berlin		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
30360062	[REDACTED]	1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
[REDACTED]	[REDACTED]	01.08.2023



POL Land Brandenburg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
POL Polizei Land Brandenburg		
Name, Vorname des Versicherten		
█	geb. am	M
█	█	█
D 14199 Berlin		12/23
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
53360051	█	1010000
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum
█	█	25.09.2023



Sonstiger Kostenträger

0 Auftragsweise Durchführung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung für das Land Berlin durch die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Behandlungsausweis und Abrechnungsschein für vertragszahnärztliche Behandlung

Dieser Behandlungsausweis gilt – falls nicht eine kürzere Gültigkeit vermerkt wurde – für das im rechten Feld eingedruckte Kalendervierteljahr.

Berechtigter:

[Redacted Name] (Geburtsdatum)

[Redacted Address] (Wohnung)

(ggf. Zuname und Vorname des gesetzlichen Vertreters) (Geburtsdatum)

SHA KOF OBl
(Zutreffendes ist anzukreuzen)

U Krankenkassen-Nr. [Redacted]

Kalendervierteljahr der Gültigkeit: 1/2023

eine evtl. kürzere Gültigkeit ist hier zu vermerken:

KZV-Abrechnungsstelle 30 Georg-Wilhelm-Str. 16 10711 Berlin

„OBL“

Zur Beachtung für den Berechtigten!

Der Zahnebehandlungsschein (Behandlungsausweis für vertragszahnärztliche Behandlung) ist dem Vertragsarzt vor **Beginn der Behandlung** auszuhändigen.

Der Vertragsarzt ist berechtigt, sich von der Identität des bei ihm Erschienenen mit der auf dem Behandlungsschein benannten Person zu überzeugen.

Berufskrankheit, Unfall oder Unfallfolgen sind vom Erkrankten sofort der betreuenden Dienststelle (Aussteller dieses Scheines) zu melden.

Dieser Behandlungsausweis ist nicht zu verwenden bei Familienangehörigen, die wegen der Folgen eines Kindergarten- oder Schulunfalles behandelt werden. Eines besonderen Behandlungsausweises bedarf es in diesen Fällen nicht.

Dieser Behandlungsausweis gilt nicht für Zahnersatz!

Humanistischer Verband Deutschlands LV Berlin-Brandenburg KdöR
Zahnarztpraxis für Wohnungslose
Weitlingstr. 11, 10337 Berlin
Tel. (030) 52695639, Fax 52695637

25.1.23 (Datum)

01/2011 511-45

- SOZ AOK Nordost U
- Kassennummer: 0010039
- Status: 1 (M)
- Berechtigungsscheine sind bei der KZV einzureichen

Sonstiger Kostenträger

0 Auftragsweise Durchführung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung für das Land Berlin durch die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse Behandlungsausweis und Abrechnungsschein für vertragszahnärztliche Behandlung <small>Dieser Behandlungsausweis gilt – falls nicht eine kürzere Gültigkeit vermerkt wurde – für das im rechten Feld eingedruckte Kalendervierteljahr.</small> Berechtigter: [Redacted Name] (Nachname) (Vorname) (Geburtsdatum) [Redacted Address] (gült. Zuname und Vorname des gesetzlichen Vertreters) (Geburtsdatum)	J KZV- Abrechnungsstelle 30 Georg-Wilhelm-Str. 16 10711 Berlin	Krankenkassen-Nr. [Redacted]
		Kalendervierteljahr der Gültigkeit: eine güt. kürzere Gültigkeit ist hier zu vermerken: 07.09.23 - 30.09.23
Zur Beachtung für den Berechtigten! Der Zahnbehandlungsschein (Behandlungsausweis für vertragszahnärztliche Behandlung) ist dem Vertragszahnarzt vor Beginn der Behandlung auszuhändigen. • Der Vertragszahnarzt ist berechtigt, sich von der Identität des bei ihm Erschienenen mit der auf dem Behandlungsschein benannten Person zu überzeugen. • Berufskrankheit, Unfall oder Unfallfolgen sind vom Erkrankten sofort der betreuenden Dienststelle (Aussteller dieses Scheines) zu melden. • Dieser Behandlungsausweis ist nicht zu verwenden bei Familienangehörigen, die wegen der Folgen eines Kindergarten- oder Schulunfalles behandelt werden. Eines besonderen Behandlungsausweises bedarf es in diesen Fällen nicht. • Dieser Behandlungsausweis gilt nicht für Zahnersatz!		
SH allg. <input type="radio"/>		
07.09.2023 (Datum)		Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Bernhard-Weiß-Str. 6, 10178 Berlin (Stempel der ausgebenden Behörde und Unterschrift)

- SOZ AOK Nordost J
- Kassennummer: 0010039
- Status: 5 (R)
- Berechtigungsscheine sind bei der KZV einzureichen

Bundeswehr

Schutzbereich 3
V-Nr. 10062623 S

Deutsche Bundeswehr
Zahnarzt-Überweisung für Überweisungsaufträge der Bundeswehr
(§ 75 Abs 3 SGB V)

Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus.

Abweichende Gültigkeitsdauer vom (Datum) bis (Datum)
01.10.23 31.12.23

Genehmigungspflichtige Maßnahmen sind vorher zu beantragen und dürfen nur mit Zustimmung der zuständigen Dienststelle der Bundeswehr begonnen werden. Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln erfolgt - außer in Notfällen - nur durch den zuständigen Bundeswehr(zahn)arzt/die zuständige Bundeswehr(zahn)ärztin.

1 Personenkennziffer
[Redacted]

Vorname, Vorname, Dienstgrad
[Redacted]

Voraussichtl. Dienstzeitende (Datum) Verlängerung
[Redacted]

Truppenteil/Dienststelle Verletzung möglicherweise durch Bw. Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht
[Redacted] Ja Nein

2 Überweisung an Herrn/Frau
[Redacted]

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
[Redacted]

3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf
Varizes therapie

4 Überweisung zur
a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung):

b) Übernahme der Behandlung
c) Beseitigung akuter Zustände (Reservistendienst Leistende/Leistender)
d) Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Nr. 3

Eine Weiterüberweisung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehr(zahn)arztes/der zuständigen Bundeswehr(zahn)ärztin und der Ausstellung einer weiteren Zahnarzt-Überweisung.
Zahnärzte/Zahnärztinnen, die nicht an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmen, erkennen durch Annahme dieser Zahnarzt-Überweisung die Behandlungs- und Abrechnungsbedingungen der Bundeswehr an.

Stempel des Bundeswehr(zahn)arztes/der Bundeswehr(zahn)ärztin
Julius-Leber-Kaserne
Kurt-Schumacher-Damm 41
13405 Berlin
Tel.: (030) 4601 - 3793

Ort, Datum
Berlin 17.10.23

Verteiler:
1. Ausftg zur Abrechnung über KZV
2. Ausftg zum Verbleib beim zuständigen Truppen(zahn)arzt/bei der zuständigen Truppen(zahn)-ärztin

Bw-2112/06-24 WKZ.: 90 (Stand 02.19.2019) 93 VersNr 7530-12-323-9734
Ohne Unterschrift ungültig. Das Formular ist auf dem Versorgungsweg anzufordern.

- BAPersBW VII 3.3
- Kassennummer: 009520900
- Status: 1 (M)
- Berechtigungsscheine sind bei der KZV für die KFO Abrechnung im Original einzureichen

Ersatzverfahren

- Name der Krankenkasse
- Krankenkassennummer
- Vor- und Zuname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Versichertennummer
- Wohnort = PLZ des Patienten
- Unterschrift des Versicherten unabdingbar (Rückseite der eGK sowie auf der Kopie)
- Grund des Ersatzverfahrens ist zu dokumentieren
- Aufbewahrung: 10 Jahre

Aktualisierung des BundesKassenVerzeichnisses /Punktwerte

- Unmittelbar nach der Veröffentlichung eines neuen Bundeskassenverzeichnisses (BKV) versendet die KZV eine E-Mail an die uns bekanntgegebene E-Mail-Adresse der Praxis. Diese enthält einen Link, über den das aktuelle BKV bequem heruntergeladen werden kann.
- Die aktuellen Punktwerte sind auf der Internetseite der KZV Berlin zu finden. Sobald die Punktwerte aktualisiert werden, erfolgt eine Information im Rundschreiben.

Zusammenfassung: Zahnärztliche Dokumentation

Der Zahnarzt schuldet dem Patienten als vertragliche Nebenpflicht aus dem Arztvertrag die **ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation der zahnärztlichen Behandlung.**

Dokumentationszweck bei der zahnärztlichen Behandlung ist einmal die Therapiesicherung, zum anderen die Rechenschaftslegung und die Beweissicherung.

Zusammenfassung: Zahnärztliche Dokumentation

Die Dokumentationspflicht ist in verschiedenen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen geregelt:

- Patientenrechtegesetz § 630 f BGB
- Berufsordnung der Zahnärztekammer Berlin, § 7 Absatz 1
- Bundesmantelvertrag Zahnärzte, § 8 Absatz 3
- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, § 295 Absatz 1



Webcodes der Internetseite der KZV Berlin

Themen	Webcodes
Einsichtsrecht/Patientenunterlagen	W00080
Formular/Entbindung Schweigepflicht	W00319
Auslandsabkommen	W00298
Sonstige Kostenträger	W00286
Ersatzverfahren	W00282
Punktwerte	W00327
BKV	W00261
Aufbewahrungsfristen/Checkliste Dokumentation	W00471



Haben Sie noch Fragen?

Anonymes Feedback



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Wir sind für Sie da!

KZV Berlin 89004 - Durchwahl



© Niroworld – Fotolia.com

Hotline	Telefon	Fax	Mailadresse
KCH	-401	-46401	kch@kzv-berlin.de
KB	-402	-46402	kb@kzv-berlin.de
KFO	-403	-46403	kfo@kzv-berlin.de
PAR	-404	-46404	par@kzv-berlin.de
ZE	-405	-46405	ze@kzv-berlin.de
BKV	-407	-46407	bkv@kzv-berlin.de