

## **Vereinbarung**

**über den Vordruck der zahnärztlichen Heilmittelverordnung nebst Ausfüllhinweisen  
zwischen der**

**Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln  
und dem**

**GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin**

**(Vereinbarung HM-Vordruck ZÄ)**

Auf Grundlage des § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V treffen die Vertragspartner folgende Vereinbarung:

### **Artikel 1**

#### **Vordruck „Zahnärztliche Heilmittelverordnung“**

<sup>1</sup>Die Vertragspartner vereinbaren für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung den Vordruck „zahnärztliche Heilmittelverordnung“. <sup>2</sup>Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ) ist zu beachten. <sup>3</sup>Für die Verordnung ist der anliegende Vordruck zu verwenden. <sup>4</sup>Die Vertragspartner stellen sicher, dass auf dem Verordnungsvordruck die nach § 12 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ erforderlichen Angaben enthalten sind. <sup>5</sup>Der Vordruck erhält das Format DIN A4 hoch. <sup>6</sup>Der Vordruck kann in der Vertragszahnarztpraxis mittels EDV erstellt werden. <sup>7</sup>Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur sowie die vorgegebenen Zeilenabstände nicht verändert werden. <sup>8</sup>Auf die Verwendung von Sicherheitspapier wird bis zu einer Vereinbarung über die Blankoformularbedruckung verzichtet.

|   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| GebZbr<br>pflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger   | <h2 style="color: red;">Zahnärztliche Heilmittelverordnung</h2> |                            |
| GebZbr<br>frei: Name, Vorname des Versicherten<br><div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. am</div> | K des Leistungserbringers                                       | Gesamt-Zuzahlung           |
| UNTA<br>Unterschied<br>Tage: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                    | Heilmittel-Positivs Faktor                                      | Heilmittel-Positivs Faktor |
| IVVG: Kostenträgerkennung   | Wegzugs-/Pauschale Faktor                                       | Hausbesuch Faktor          |
| VersichererWk: <input type="checkbox"/>   | km  | Hausbesuch Faktor          |
| Status: <input type="checkbox"/>  | Rechnungsnummer   | Hausbesuch Faktor          |
| Vertrag Zahnarzt-Nr. Datum  | <input type="checkbox"/>  |                            |
| Verordnung nach Maßgabe des Kataloges<br><b>(Regelfall)</b>   | Belegnummer   |                            |
| <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung                                  | <input type="checkbox"/>  |                            |
| <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des RegelFalles   | Zahn-Übersichten seitert am                                     |                            |
| Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein  | T T M M J J   |                            |
| Therapiebericht <input type="checkbox"/> ja   |   |                            |

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p style="color: red; font-weight: bold;">Physiotherapie und physikalische Therapie</p> <p><b>Vorrangige Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> KG</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Voita</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Voita</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 30</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 45</p> <p><b>Ergänzende Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation</p> <p><input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heißluft</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heiße Rolle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ogfl. Spezifizierung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p> | <p style="color: red; font-weight: bold;">Sprech- und Sprachtherapie</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min.</p> <p><input type="checkbox"/> 45 min.</p> <p><input type="checkbox"/> 60 min.</p> | <p style="color: red; font-weight: bold;">Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p style="font-weight: bold;">Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="font-size: small;">ggf. ergänzendes Heilmittel</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p style="font-weight: bold;">Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> |
| Indikationskriterien <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>   | Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele  |  |
| ICD-10-Code <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  |  |  |
| ICD-10-Code <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  |  |  |
| Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des RegelFalles (ggf. Beiblätt)   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes  |  |  |

Verordnungsform Z19-B017-K00200-CC-14.01.18 (14.10.2018) www.kv-stuttgart.de

### 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:

---



---



---

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

## Artikel 2 Vordruckerläuterungen

|   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <b>Gebührpflicht</b>  | Krankenkasse bzw. Kostenträger   | <b>Zahnärztliche Heilmittelverordnung</b>      |                                       |
| <b>Gebührfrei</b>   | Name, Vorname des Versicherten   | getätigt am                                    |                                       |
| <b>Unfall-/Unfallfolgen</b>   |  |  |                                       |
| <b>BVG</b>  | Kostenträgerkennung  | Versicherter-Nr.                               | Status                                |
|   |  | Vertragszahnarzt-Nr.                           | Datum                                 |
| <b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b>  |  | IK des Leistungserbringers <sup>15</sup>       | Gesamt-Zuzahlung                      |
| <input type="checkbox"/> Erstverordnung <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <sup>2</sup>  | Heilmittel-Pos.-Nr.                            | Faktor                                |
| <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles <sup>3</sup>                            | Behandlungsbeginn spätestens am <sup>4</sup>   | Heilmittel-Pos.-Nr.                            | Faktor                                |
| Hausbesuch <sup>5</sup>   | Therapiebericht <sup>6</sup>   | Wegegebühr/Pauschale                           | Faktor km                             |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  | Hausbesuch                                     | Faktor                                |
|   |  | Hausbesuch                                     | Faktor                                |
|   |  | Rechnungsnummer                                |                                       |
|   |  | Belegnummer                                    |                                       |
| <b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>  |  |  |                                       |
| <b>Physiotherapie und physikalische Therapie</b>  |  | <b>Sprech- und Sprachtherapie</b> <sup>9</sup> | <b>Anzahl pro Woche</b> <sup>10</sup> |
| <b>Vorrangige Heilmittel:</b> <sup>7</sup> <b>Ergänzende Heilmittel:</b> <sup>8</sup>                 |  | <b>Therapiedauer</b>                           | 1x 2x 3x                              |
| <input type="checkbox"/> KG   | <input type="checkbox"/> Kälte   | <input type="checkbox"/> 30 min.               | <b>Verordnungsmenge</b>               |
| <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder  | <input type="checkbox"/> Wärme   | <input type="checkbox"/> 45 min.               | <input type="checkbox"/>              |
| <input type="checkbox"/> Bobath   | <input type="checkbox"/> Heißluft  | <input type="checkbox"/> 60 min.               | <b>ggf. ergänzendes Heilmittel</b>    |
| <input type="checkbox"/> Vojta  | <input type="checkbox"/> Heiße Rolle   |  | <b>Anzahl pro Woche</b> <sup>11</sup> |
| <input type="checkbox"/> KG-ZNS   | <input type="checkbox"/> Ultraschall   |  | 1x 2x 3x                              |
| <input type="checkbox"/> Bobath   | <input type="checkbox"/> Packungen   |  | <b>Verordnungsmenge</b>               |
| <input type="checkbox"/> Vojta  | Ggf. Spezifizierung <sup>8</sup>   |  | <input type="checkbox"/>              |
| <input type="checkbox"/> PNF  | _____  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> MT   | _____  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> MLD 30   | <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> MLD 45   |  |  |                                       |
| <b>Indikationsschlüssel</b> <sup>12</sup>   | <b>Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele</b> <sup>13</sup> |  |                                       |
| <input type="checkbox"/>  |  |  |                                       |
| <b>ICD-10 - Code</b> <sup>13</sup>  |  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/>  |  |  |                                       |
| <b>ICD-10 - Code</b>  |  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/>  |  |  |                                       |
| <b>Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)</b> <sup>14</sup> |  |  |                                       |
|   |  |  |                                       |
|   |  |  |                                       |
|   |  | Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes  |                                       |

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

- ① Erstverordnung ② Folgeverordnung ③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als „Erstverordnung“, „Folgeverordnung“ oder „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

Jeder Heilmittelverordnung liegt ein Regelfall zugrunde, der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges Zahnärzte definiert wird. Im Heilmittelkatalog wird beschrieben, welche Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Indikationen (Indikationsgruppen und Leitsymptomatik) im Regelfall dazu führen, das angestrebte Therapieziel zu erreichen. Für den Regelfall gilt der Heilmittelkatalog als Leitfaden zur Verordnung. Die Indikationsgruppen und ggf. die Leitsymptomatik werden durch einen drei- bzw. vierstelligen Indikationsschlüssel definiert, der auf dem Vordruck abgebildet wird.

- ① Erstverordnung

Jeder Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Erstverordnung“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdagnostik durch den Vertragszahnarzt notwendig.

- ② Folgeverordnung

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalles) als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich während der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.

- ③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall nicht abschließen, sind weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalles möglich. In diesem Fall ist das Kästchen „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung (siehe Feld ⑭ Medizinische Begründung). Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles ist eine störungsbildabhängige erneute Diagnostik durchzuführen.

Soweit ein längerfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 8 der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte besteht, wird dieser als „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ gekennzeichnet. In diesen genehmigungspflichtigen Fällen muss eine Regelfallverordnung nicht zuvor durchlaufen werden.

### **Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Im Fall einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine Überprüfung des Behandlungsfortschrittes durch den Vertragszahnarzt innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist (siehe § 7 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL ZÄ).

#### ④ Behandlungsbeginn spätest. am

Das Feld „Behandlungsbeginn spätest. am“ ist vom Vertragszahnarzt nur dann auszufüllen, wenn die Notwendigkeit besteht, die Behandlung mit dem verordneten Heilmittel früher oder später als innerhalb von 14 Kalendertagen aufzunehmen. Für diese Frist wird ein sechsstelliges Format verwendet TTMMJJ (z. B. 010917). Wird hier kein Datum eingetragen, muss die Behandlung mit dem verordneten Heilmittel innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen.

#### ⑤ Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist vom Vertragszahnarzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Soweit ein Hausbesuch nicht notwendig ist, ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen.

#### ⑥ Therapiebericht

Bei Bedarf kann der Vertragszahnarzt einen Therapiebericht beim Heilmittelerbringer anfordern. Dies ist auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. Soweit auf den Therapiebericht verzichtet werden kann, bleibt dieses Kästchen frei.

### **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie sowie der Sprech- und Sprachtherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte anzugeben.

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie/physikalischen Therapie sowie Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges verordnet, ist für jede Verordnung je ein Verordnungsvordruck zu verwenden.

#### ⑦ Vorrangige Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „KG“ Krankengymnastik, „KG-ZNS-Kinder“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, „KG-ZNS“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems nach Vollendung des 18. Lebensjahres, „MT“ Manuelle Therapie, „MLD-30“ Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten, „MLD-45“ Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Bobath“, „Vojta“ oder „PNF“ die Maßnahmen der „KG-ZNS-Kinder“ bzw. „KG-ZNS“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen. Es kann maximal ein vorrangiges Heilmittel verordnet werden.

#### ⑧ Ergänzende Heilmittel (Physiotherapie und physikalische Therapie)

Die Wärme- und Kälteapplikation kann nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet werden. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Heißluft“, „Heiße Rolle“, „Ultraschall“ oder „Packungen“ die Maßnahmen der „Wärmetherapie“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.

Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann als ergänzendes Heilmittel zu den vorrangigen Heilmitteln „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet werden. Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog dies vorsieht.

Der Vertragszahnarzt kann die beiden leeren Zeilen „ggf. Spezifizierung“ für eine weitere Spezifizierung der Maßnahmen nach den §§ 21 und 22 der HeilM-RL ZÄ nutzen. Hierzu gehören die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Kältetherapie mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft,
2. Wärmetherapie mittels Heißluft, als strahlende oder geleitete Wärme zur Muskeldetennisierung und Schmerzlinderung,
3. Wärmetherapie mittels heißer Rolle, zur lokalen Hyperämisierung mit spasmolytischer, sedierender, schmerzlindernder Wirkung,
4. Wärmetherapie mittels Ultraschall, zur Verbesserung der Durchblutung und des Stoffwechsels und zur Erwärmung tiefergelegener Gewebsschichten,
5. Wärmetherapie mittels Warmpackungen mit Peloiden (z. B. Fango), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen zur Applikation intensiver Wärme,
6. Elektrotherapie unter Verwendung konstanter galvanischer Ströme oder unter Verwendung von Stromimpulsen (z. B. diodynamische Ströme, mittelfrequente Wechselströme, Interferenzströme),
7. Elektrostimulation unter Verwendung von Reizströmen mit definierten Einzelimpulsen nach Bestimmung von Reizparametern (nur zur Behandlung von Lähmungen bei prognostisch reversibler Nervenschädigung).

Maßnahmen der Übungsbehandlung können in geeigneten Fällen zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage ergänzend verordnet werden.

Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden.

#### ⑨ Sprech- und Sprachtherapie: Therapiedauer pro Sitzung

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens der Minutenangaben „30 min“, „45 min“ oder „60 min“ Sprech- und Sprachtherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkretes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des Patienten.

#### ⑩ Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist vom Vertragszahnarzt durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „1x“, „2x“, „3x“ eine Behandlungsfrequenz anzugeben. Sofern der Vertragszahnarzt eine Frequenzspanne vorgeben möchte, ist jeweils der untere und der obere Wert der Frequenzspanne mit einem Kreuz zu versehen (z. B. bei 1 - 2x wöchentlich Kreuz im Feld „1x“ und im Feld „2x“; bei „2 - 3x wöchentlich“ Kreuz im Feld „2x“ und im Feld „3x“; usw.). Die spätere Abweichung von der angegebenen Frequenz ist nur zulässig, wenn zwischen Vertragszahnarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde.

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Verordnungsmenge je Indikationsgruppe den Wert gemäß ausgewähltem Indikationsschlüssel in Verbindung mit dem gewählten



Heilmittel die Vorgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.

⑪ ggf. ergänzendes Heilmittel: Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Dieses Feld steht zur Verfügung in Fällen, in denen zu einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel auf einem Vordruck verordnet werden soll. Es kann hier die Anzahl pro Woche und die Verordnungsmenge für das ergänzende Heilmittel nach Maßgabe der Ziffer ⑩ angegeben werden.

### **Besonderheit bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles**

Im Falle einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge in den Feldern ⑩ und ⑪ abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass die Behandlung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen umfasst und eine zahnärztliche Untersuchung gewährleistet ist (siehe § 7 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL ZÄ).

⑫ Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich bei der zahnärztlichen Heilmittelverordnung in der Regel aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe (z. B. LY22) und in Ausnahmefällen aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik (nur bei CD1, CD2 und CSZ) gemäß Heilmittelkatalog Zahnärzte zusammen (z. B. CD1a oder CSZb).

⑬ Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Die Felder für den ICD-10-Code sind vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen. Die Diagnose ist als Freitext anzugeben.

Therapierelevante Befundergebnisse sind auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung anzugeben. Diese können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

Die Therapieziele sind vom Vertragszahnarzt anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

⑭ Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Dieses Feld ist nur bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalles zu befüllen.

In diesem Feld hat der Vertragszahnarzt eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung abzugeben. Es ist gegebenenfalls ein Beiblatt zu benutzen.

⑮ Felder für den Leistungserbringer

Die Felder „IK des Leistungserbringers“, „Gesamt-Zuzahlung“, „Gesamt-Brutto“, „Heilmittel-Pos.-Nr.“, „Faktor“, „Wegegeld-/Pauschale“, „km“, „Hausbesuch“, „Rechnungsnummer“ und „Belegnummer“ sind nicht vom Vertragszahnarzt auszufüllen.

Rückseite oder Seite 2 des Vordruckes:

Die Rückseite oder die Seite 2 des Vordruckes ist bei der edv-mäßigen Erstellung des gesamten Vordruckes ebenfalls vom Vertragszahnarzt zu drucken. Die Rückseite oder Seite 2 ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

**Artikel 3  
Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2017 in Kraft.

Köln, Berlin.....

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

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

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

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