# Abrechnung PAR-Therapie

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. 999999991 | Datum |

☐ **Systematische PAR-Therapie**

PAR-Status vom ________________ 1)

☐ **PAR-Behandlung Versicherte § 22a SGB V**

Anzeige vom ________________ 2)

| Tag der erbrachten Leistung (TT.MM.JJJJ) | Geb.-Nr. | Anzahl | Punkte | Punkte gesamt |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Summe | |
| | | | x Punktwert | |
| | | | = Honorar € | |
| | | | Sonstige Kosten € | |

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

[1] **Der Abrechnung ist Blatt 2 des PAR-Status und — bei Abrechnung CPT — die Mitteilung CPT in Kopie beizufügen.**

[2] **Der Abrechnung ist die Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V in Kopie beizufügen.**

KZBV - Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung