

Antrag auf Verlängerung
der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT)
gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie

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

Parodontalstatus vom: _____ Grad (Progression) nach PAR-Status: ☐ A ☐ B ☐ C

Datum der ersten UPT-Leistung: _____

An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen ≥ 4 mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen ≥ 5 mm vor:

- ☐ Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.
- ☐ Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt _____ Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:

	Gutachten ☐ Gutachtlich befürwortet ☐ Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesonder-tem Blatt) 	Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten für die Verlängerung der UPT ☐ werden übernommen ☐ werden nicht übernommen
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes	Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse