

**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  $\geq 4$  mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen  $\geq 5$  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:

	<p><b>Gutachten</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesonder-tem Blatt)</p>	<p><b>Entscheidung der Krankenkasse</b></p> <p>Die Kosten für die Verlängerung der UPT</p> <p><input type="checkbox"/> werden übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> werden nicht übernommen</p>
Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Zahnarztes</b>	Datum, Unterschrift und Stempel des <b>Gutachters</b>	Datum, Unterschrift und Stempel der <b>Krankenkasse</b>