

## **Anlage 4 (zu Kapitel G – Kieferorthopädische Behandlung)**

*(Kopf zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr)*

Az 42-26-20

*(Anschrift zivile Praxis)*

Betr.: Zahnärztliche Behandlung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr  
hier: Kieferorthopädische Behandlung des/der  
*(DGrad, Name, Vorname; PK, DSt)*

Bezug: Ihr Kieferorthopädischer Behandlungsplan vom (Datum)

Sehr geehrte(r) Frau/Herr *(ggf Titel, Name)*,

der/die oben genannte Patient/-in befindet sich bei Ihnen zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung (Retentionsphase).

Er/Sie ist ab dem *(Datum, Dienst Eintritt)* bis voraussichtlich *(Datum, Dienstzeitende)* Soldatin/Soldat der Bundeswehr und hat für die Zeit des Wehrdienstes einen gesetzlichen Anspruch auf unentgeltliche truppen(zahn)ärztliche Versorgung. Die Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen während der Retentionsphase sind somit ab diesem Zeitpunkt längstens bis zur Beendigung des Wehrdienstverhältnisses, von der Bundeswehr zu übernehmen.

Ich bitte Sie deshalb, Ihre ab dem (Datum, Dienst Eintritt) erbrachten Leistungen gemäß § 75 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) nach Gebührentarif D des Vertrages der Angestelltenkrankenkassen e.V. (VdAK) sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkasse e.V. (AEV) über die für Sie zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit der

Wehrbereichsverwaltung (Nummer)  
- Abrechnungsstelle für Heilfürsorgerechnungen -  
(Straße/Postfach)  
(PLZ/Ort)

abzurechnen.

Ihrer ersten Abrechnung bitte ich, neben dem je Quartal erforderlichen Bundeswehr-Überweisungsschein (San/Bw/0219) eine Kopie des kieferorthopädischen Behandlungsplanes sowie dieses Schreibens beizufügen.

Bei einem privaten Behandlungsvertrag bitte ich Sie, die Rechnung über die Soldatin/den Soldaten an die für die Soldatin/den Soldaten zuständige zahnärztliche Behandlungseinrichtung der Bundeswehr weiterzuleiten. Diese übersendet sie nach Prüfung an die zuständige Wehrbereichsverwaltung.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

(Unterschrift, Stempel des Sanitätsoffiziers Zahnarzt)

Verteiler:

1. Ausf.: Kieferorthopädin/Kieferorthopäde
2. Ausf.: Soldatin/Soldat für den bisherigen Kostenträger
3. Ausf.: BGZA der Bundeswehr
4. Ausf.: Zahnärztliche Behandlungskarte