



Ansprechpartner Telefonnummer E-Mail
Zahnarztgruppe 03621-511-472 SanZGothaZahnarztGrp@bundeswehr.org

Sehr geehrte Soldaten der Grundausbildung,
im Rahmen Ihres Diensteintritts in die Bundeswehr zum xx.xx.xxxx ist eine Befragung zu laufenden / genehmigten zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen notwendig.
Die folgenden Fragen sind wahrheitsgemäß und leserlich geschrieben zu beantworten.

Dienstgrad, Name, Vorname, Personenkennziffer Status (SaZ/ FWDL), Dienstzeitende

1. Liegt ein genehmigter zahnärztlicher Heil- und Kostenplan (Kronen/Brücke) Ihrer Krankenkasse vor?

JA NEIN

2. Sind Sie zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung?

(Erläuterung: Tragen Sie **gerade/jetzt** eine Zahnpfange (lose oder fest)? Antwort: JA ankreuzen!
Waren Sie irgendwann mal in kieferorthopädischer Behandlung und ist diese **beendet**? Antwort: NEIN ankreuzen!)

JA NEIN

Falls JA: Bringen Sie zum Dienstantritt eine Kopie des genehmigten KFO-Behandlungsplans, sowie das Behandlungsjournal mit. **Wichtig!!**

Name und Adresse vom Kieferorthopäden hier eintragen!

3. Gab es in den vergangenen 6 Monaten ein Trauma (Unfall) im Kopf-Halsbereich?

JA NEIN

4. Wurden Sie bereits einmal vom Wehrdienst zurückgestellt?

JA NEIN

Unterschrift Soldat

telefonische Erreichbarkeit/ Handynummer Soldat



SANZ GOTHA

Zahnarztgruppe
Ohrdruffer Straße 93
99867 Gotha
Tel. +49 (0) 3621-511-472

WWW.BUNDESWEHR.DE

SANITÄTSDIENST

Bitte lesen Sie die **Anlage 1** Vorder- und Rückseite durch.
Auf der Rückseite ist alles was rot markiert ist von Ihnen leserlich auszufüllen.

In der **Anlage 2** sind alle Felder, welche blau geschrieben sind, zu befüllen.
(Name, Vorname, Personenkennziffer)
In dem Feld Unterschrift Patient unterschreiben Sie neben dem blauen Kreuz.

In der **Anlage 3** sind alle gelb markierten Felder zu befüllen und neben dem Datum unterschreiben.

Die Anlagen 1 -3 sind leserlich ausgefüllt zum Dienstantritt xx.xx.xxxx mitzubringen.



**Merkblatt I
zur zahnärztlichen Versorgung
von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr**

- 1 Sie haben als Soldatin/Soldat der Bundeswehr Anspruch auf unentgeltliche truppen(zahn)ärztliche Versorgung (utV). Auf der Grundlage der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 69 Abs 2 des Bundesbesoldungsgesetzes regeln besondere Bestimmungen in Form der "**Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr**" konkret den Umfang Ihres Anspruchs auf zahnärztliche Behandlung.
- 2 Vorbeugen durch gute tägliche Mundhygiene und regelmäßige Zahnarztabeuche (mindestens 1 x jährlich) hilft Zahn- und Gebissenschäden zu vermeiden. Ihre **aktive Mitwirkung** ist deshalb unverzichtbar.
- 3 Die zahnärztliche Behandlung umfasst vorbeugende Maßnahmen und die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Sinne des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde.
- 4 Primäres Ziel Ihrer zahnärztlichen Behandlung ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Einsatz- und Verwendungsfähigkeit.
- 5 Weitergehende zahnärztliche Maßnahmen müssen sich – entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen – daran orientieren, was zahnmedizinisch notwendig und zweckmäßig ist, wobei die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans grundsätzlich im Vordergrund steht.
- 6 **Bei der Herstellung von Zahnersatz werden, sofern metallische Legierungen zur Anwendung kommen, die Kosten für diese Dentallegierungen im Rahmen der utV entsprechend der zahnärztlichen Indikation übernommen, eine Zuzahlung ist unter diesen Bedingungen nicht notwendig. Grundsätzlich erfüllen Nicht-Edelmetall-Legierungen (NEM) die Anforderungen für eine zahnmedizinisch ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung im Sinne einer risiko- und schadensgerechten zahnärztlichen Therapie.**
Wünschen Sie eine gegenüber der zahnärztlichen Indikation höherwertige Dentallegierung, so ist der Differenzbetrag im Rahmen einer zu schließenden Mehrkostenvereinbarung durch Sie selbst zu bezahlen.
Im Übrigen gelten die Bestimmungen der "Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr" in der gültigen Fassung.
- 7 Sie können davon ausgehen, dass eine vom zuständigen Sanitätsoffizier Zahnarzt genehmigte zahnärztliche Behandlung regelmäßig Ihrem Anspruch auf zahnärztliche Versorgung im Rahmen der utV entspricht. Eine Zuzahlung Ihrerseits ist dabei nicht erforderlich.
- 8 Sollten Sie nach Beratung durch Ihre zuständige Truppen(zahn)ärztin/Ihren zuständigen Truppen(zahn)arzt über diesen genehmigten, zahnmedizinisch notwendigen und zweckmäßigen Umfang hinaus Leistungen bzw. Materialien in Anspruch nehmen, haben Sie die dadurch verursachten Mehrkosten selbst zu tragen. Sie können nicht von der Bundeswehr übernommen werden und sind auch nicht beihilfefähig.
- 9 **Leisten Sie bei der Vereinbarung zusätzlicher Leistungen im Zweifelsfall keine Unterschrift ohne vorherige Rücksprache mit Ihrer zuständigen Truppen(zahn)ärztin/Ihrem zuständigen Truppen(zahn)arzt.**

Sich aus den vorstehenden Punkten ergebende Fragen richten Sie bitte an die für Sie zuständige Truppen(zahn)ärztin/den für Sie zuständigen Truppen(zahn)arzt oder den zuständigen Begutachtenden Sanitätsoffizier Zahnarzt.

**Merkblatt II
bei Überweisung zur zahnärztlichen Behandlung von Soldatinnen und
Soldaten der Bundeswehr an zivile Zahnärztinnen/Zahnärzte**

- 1 Sie sind grundsätzlich verpflichtet, nur die zivile Praxis aufzusuchen, auf die Ihre Überweisung ausgestellt worden ist und dort vor Beginn der Behandlung Ihre Überweisung auszuhändigen.
- 2 Die Überweisung gilt vom Ausstellungstag an bis zum Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres, wenn nicht eine abweichende Gültigkeitsdauer vermerkt ist.
Kann die Behandlung nicht bis zum letzten Gültigkeitstag abgeschlossen werden, benötigen Sie eine Verlängerungsüberweisung.
Soll die Behandlung in einer anderen Praxis fortgesetzt werden, muss die Truppen(zahn)ärztin/der Truppen(zahn)arzt die Weiterbehandlung anordnen. Andernfalls können die Kosten nicht von der Bundeswehr übernommen werden (Ausnahme: Notfallbehandlung), sie sind dann auch nicht beihilfefähig.
- 3 Ihre zivile Zahnärztin/Ihr ziviler Zahnarzt ist verpflichtet, Sie vorher über alle Eingriffe und Maßnahmen sowie deren Risiken aufzuklären. Untersuchungen und Behandlungen dürfen nur nach entsprechender Aufklärung mit Ihrer Einwilligung durchgeführt werden.
- 4 Für die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Einzelkronen, für die Parodontose-, die kieferorthopädische Behandlung, für die Versorgung mit zahnärztlichen Implantaten sowie die Behandlung von sogenannten Funktionsstörungen im Kausystem gelten besondere Vorschriften, über die Sie sich ggf. bei Ihrer Truppen(zahn)ärztin/Ihrem Truppen(zahn)arzt informieren können.
Diese Behandlungen müssen vor Beginn beantragt und genehmigt werden.
Sollte die Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers Zahnarzt nicht vorliegen oder die Behandlung in anderer als der genehmigten Form durchgeführt werden, können die Kosten nicht von der Bundeswehr übernommen werden. Sie sind dann auch nicht beihilfefähig.
- 5 Bei der Herstellung von Zahnersatz werden, sofern metallische Legierungen zur Anwendung kommen, die Kosten für diese Dentallegierungen im Rahmen der unentgeltlichen truppen(zahn)ärztlichen Versorgung (utV) entsprechend der zahnärztlichen Indikation übernommen, eine Zuzahlung ist unter diesen Bedingungen nicht notwendig. Grundsätzlich erfüllen Nicht-Edehnmetall-Legierungen (NEM) die Anforderungen für eine zahnmedizinisch ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung im Sinne einer risiko- und schadensgerechten zahnärztlichen Therapie.
Wünschen Sie eine gegenüber der zahnärztlichen Indikation höherwertige Dentallegierung, so ist der Differenzbeitrag im Rahmen einer zu schließenden Mehrkostenvereinbarung durch Sie selbst zu bezahlen.
Im Übrigen gelten die Bestimmungen der "Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr" in der gültigen Fassung.

- 6 Leisten Sie bei möglicherweise kostenpflichtigen Maßnahmen oder im Zweifel keine Unterschrift ohne vorherige Rücksprache mit Ihrer Truppen(zahn)ärztin/Ihrem zuständigen Truppen(zahn)arzt.
- 7 Von der zivilen Zahnärztin/dem zivilen Zahnarzt oder der zivilen Ärztin/dem zivilen Ärzt verordnete Arzneimittel sind grundsätzlich bei einer Sanitätseinrichtung der Bundeswehr zu empfangen. Kosten für eine Beschaffung in zivilen Apotheken können nur in Notfällen erstattet werden.
Dienstunfähigkeitsbescheinigungen oder vorgeschlagene Dienstbefreiungen durch zivile Zahnärztinnen/Zahnärzte sind für die Bundeswehr unverbindlich. In diesen Fällen ist unbedingt eine Vorstellung/Rücksprache bei Ihrer Truppen(zahn)ärztin/Ihrem Truppen(zahn)arzt erforderlich.
Besondere Hinweise für das Verhalten in Notfällen können Sie dem „Merkblatt für Soldaten bei Erkrankungen außerhalb des Standortes“ entnehmen.

Sich aus den vorstehenden Punkten ergebende Fragen richten Sie bitte an die für Sie zuständige Truppen(zahn)ärztin/den für Sie zuständigen Truppen(zahn)arzt oder den in Ihrem Behandlungsfall zuständigen Begutachtenden Sanitätsoffizier Zahnarzt.

Datum:

Name:

Unterschrift Patient:

CONFIDENTIAL - V.N.R. 1000.041.0

Zahnärztliche Behandlung - Einwilligungserklärung

Bitte lesen Sie den nachstehenden Text sorgfältig durch; unterschreiben Sie aber erst nach dem Aufklärungsgespräch in Gegenwart des Zahnarztes/der Zahnärztin!

Mit mir wurde heute aufgrund des zahnärztlichen Untersuchungsergebnisses, ggf unter Anwendung der Erklärung im Merkblatt (die entsprechende Nummer ist unten handschriftlich eingefügt), ein Aufklärungsgespräch geführt.

Über die Art meiner Zahn-/Mund-/Kiefererkrankung wurde ich umfassend aufgeklärt. Im Weiteren wurden mir die Folgen, die möglicherweise bei Nichtbehandlung auftreten können, erläutert. Umfang, Hergang und Ziel der geplanten Behandlung wurden in für mich verständlicher Form geschildert.

Über die typischen Risiken sowie Nebenfolgen, auch in Bezug auf den von mir ausgeübten Beruf, wurde ich aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin und seine/ihr Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen keine Garantie für den Eintritt des gewünschten Behandlungserfolges übernehmen können.

Mögliche Behandlungsmethoden wurden mir erklärt, ich habe mich danach unter Abwägung der aufgezeigten Methoden für den vorgesehenen Eingriff entschieden. Ich erkläre mich mit dem vorgesehenen Eingriff sowie mit einer sich während des Eingriffs als notwendig ergebenden Erweiterung oder Abänderung einverstanden.

Über eventuell erforderliche Nachuntersuchungen und das ärztlicherseits empfohlene Verhalten für die Zeit nach dem Eingriff wurde ich in Kenntnis gesetzt.

Ich bestätige, dass ich ausreichend Zeit hatte, alle mich interessierenden Fragen zu stellen. Nach dieser Aufklärung stimme ich dem vom Zahnarzt/der Zahnärztin vorgeschlagenen Eingriff zu.

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Die von Ihnen auf diesem Blatt erbetenen Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sollen Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin helfen, mögliche Behandlungswischenfälle zu vermeiden. Die Beantwortung der Fragen liegt deshalb in Ihrem eigenen Interesse. **Alle Angaben von Ihnen erfolgen freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

SanZ Gotha
Zahnarztgruppe
Ohrdruffer Straße 93
99867 Gotha

Sollten Sie nicht alle Fragen beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte im persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt/der Zahnärztin

Dienstgrad, Vorname, Name	Personalnummer	Personenkennziffer
Einheit/Dienststelle	Telefon privat:	Diensteintritt
3./HSchRgt5	Telefon dstl:	01.12.2025

Status

<input type="checkbox"/> Berufssoldat/ Berufssoldatin	<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit/ Soldatin auf Zeit	<input type="checkbox"/> Freiwilligen Wehrdienst Leistender/Freiwilligen Wehrdienst Leistende	<input type="checkbox"/> Reservistendienst Leistender/ Reservistendienst Leistende
--	--	---	---

Grund des Zahnarztbesuches

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> andere Gründe
---	--	--	--

Allgemeiner Gesundheitszustand

1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bitte angeben
------	--

2. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bitte angeben
------	--

3. Sind Sie überempfindlich (allergisch) gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente (z.B. Penicillin)?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bitte angeben
------	--

4. Sind bei Ihnen einmal Zwischenfälle während oder nach einer Zahnbehandlung aufgetreten?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> andere Zwischenfälle
------	------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---

5. Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall
------	------------------------------	---	--	---	--	---

6. Haben oder hatten Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Krampfleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> andere Erkrankungen
------	------------------------------	--	---	---	---	---------------------------------	--

7. Ist bei Ihnen schon einmal eine Blutuntersuchung **wegen des Verdachts** auf eine Lebererkrankung (Hepatitis) oder eine erworbene Immunschwäche (AIDS) vorgenommen worden?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja
------	-----------------------------

8. Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Blutungsneigungen oder Blutgerinnungsstörungen bekannt?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja
------	-----------------------------

9. Neigen Sie selbst zu anhaltenden Nachblutungen nach Schnittverletzungen oder Zahnentfernungen?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja
------	-----------------------------

10. Nehmen oder nahmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar)?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja
------	-----------------------------

11. Wurden Sie schon einmal im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich geröntgt?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am:
------	--

12. Nur für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Nein	<input type="checkbox"/> Ja
------	-----------------------------

Sind Sie Raucher?

<input type="checkbox"/> Nein

<input type="checkbox"/> Ja, Zigaretten/Tag

Ort, Datum, **Unterschrift des Patienten/der Patientin**

Gotha, den 01.12.2025