

## **47. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z**

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Berlin  
und der  
**Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)**, K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

### **Änderung der Anlage 14c BMV-Z**

hier: Austausch der eFormulare auf Version 1.7

### **Änderung der Anlage 14d BMV-Z**

hier: Ausfüllhinweise eFormular 3

## **Artikel 1**

### **Änderung der Anlage 14c BMV-Z**

- (I)** Die Bundesmantelvertragspartner verständigen sich darauf, die im Rahmen der Anlage 15a (Technische Anlage) auf die Version 1.7 aktualisierten eFormulare in die Anlage 14c zu überführen.
- (II)** Die eFormulare 2, 4a, 5a, 5b, 5d, 5e und MIT 1 bis MIT 8 sind inhaltlich unverändert. Bei den Abbildungen der eFormulare wird jeweils unter der Überschrift der Zusatz „Version 1.6, gültig ab 01.10.2023“ durch den Zusatz „Version 1.7, gültig ab 01.04.2024“ ersetzt.
- (III)** Das eFormular 3 (Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz) erhält folgende Fassung:

# eFormular 3: Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz

Seite 1, Version 1.7, gültig ab 01.04.2024

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Erklärung des Versicherten</b>		Lfd.-Nr. <input style="width: 50px;" type="text"/>														
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>		Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes <input style="width: 100px;" type="text"/> aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.		Stempel des Zahnarztes														
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status		Datum/Unterschrift des Versicherten		<b>Heil- und Kostenplan</b> Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.														
Abrechnung-Nr.    Zahnarzt-Nr.    Datum																		
<b>I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan</b> TP = Therapieplanung    R = Regelversorgung    B = Befund																		
Art der Versorgung	TP																	
	R																	
	B	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	B	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	R																	
	TP																	
Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)						Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!												
<b>II. Befunde für Festzuschüsse</b>						<b>IV. Zuschussfestsetzung</b>		<input type="checkbox"/> Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Immediatversorgung OK <input type="checkbox"/> Interimsversorgung OK <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden <input type="checkbox"/> Immediatversorgung UK <input type="checkbox"/> Interimsversorgung UK										
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	Betrag Euro    Ct		Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.												
vorläufige Summe						<input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone OK    Alter OK <input style="width: 30px;" type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese /Brücke/Krone UK    Alter UK <input style="width: 30px;" type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Direktabrechnung												
Nachträgliche Befunde:						Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <b>Hinweis:</b> <input type="checkbox"/> % Festzuschuss <input type="checkbox"/> voraussichtliche Zuschusshöhe/Härtefall <input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor. <input type="checkbox"/> % Festzuschuss voraussichtlich <input type="checkbox"/> Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor.												
<b>III. Kostenplanung</b>						<b>III. Kostenplanung GOZ</b>												
1 BEMA-Nrn.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	GOZ-Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3					
2 Zahnärztliches Honorar BEMA: 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt) 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)						Euro    Ct												
Datum/Unterschrift des Zahnarztes						Antragsnummer						Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan						
Zusätzliche Erläuterung						Gutachterlich befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise						Verarbeitungskennzeichen Art des Behandlungsplans Therapieschritt Aktenzeichen PVS    logische Version						
						Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters												

Originalgröße DIN A4

## Erläuterungen

### Befund

a	Adhäsivbrücke (Anker)
ab	Adhäsivbrücke (Brückenglied)
abw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied)
aw	erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker)
b	Brückenglied
bw	erneuerungsbedürftiges Brückenglied
e	ersetzer Zahn
ew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn
f	fehlender Zahn
ix	zu entfernendes Implantat
k	klinisch intakte Krone
kw	erneuerungsbedürftige Krone
pkw	erneuerungsbedürftige Teilkronen
pw	erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten
r	Wurzelstiftkappe mit ersetztem Zahn
rw	erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
sb	implantatgetragenes Brückenglied
sbw	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Brückenglied
se	ersetzer Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sew	ersetzer, aber erneuerungsbedürftiger Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
sk	implantatgetragene intakte Krone
skw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Krone
so	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit ersetztem Zahn
sow	erneuerungsbedürftiges implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit erneuerungsbedürftigem ersetztem Zahn
st	implantatgetragene Teleskopkrone
stw	erneuerungsbedürftige implantatgetragene Teleskopkrone
t	Teleskopkrone
t2w	erneuerungsbedürftiges Sekundärteil einer Teleskopkrone
tw	erneuerungsbedürftige Teleskopkrone
ur	unzureichende Retention
ww	erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
x	nicht erhaltungswürdiger Zahn
)(	Lückenschluss

### Behandlungsplanung

A	Adhäsivbrücke (Anker)
ABV	Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)
ABM	Adhäsivbrücke (Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet)
B	Brückenglied
BM	Brückenglied vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
BV	Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
E	zu ersetzender Zahn
EO	zu ersetzender Zahn mit Stegverbindung
H	gegossene Halte- und Stützvorrichtung
K	Krone
KH	Krone mit Halteelement
KM	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
KMH	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Halteelement
KMO	Krone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet mit Geschiebe
KO	Krone mit Geschiebe
KV	Krone mit vestibulärer Verblendung
KVH	Krone mit vestibulärer Verblendung und Halteelement
KVO	Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
PK	Teilkronen
PKM	Teilkronen vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
PKV	Teilkronen mit vestibulärer Verblendung
R	Wurzelstiftkappe mit zu ersetzendem Zahn
SB	implantatgetragenes Brückenglied
SBV	implantatgetragenes Brückenglied mit vestibulärer Verblendung
SBM	implantatgetragenes vollkeramisches oder keramisch vollverblendetes Brückenglied
SE	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese
SEO	zu ersetzender Zahn einer implantatgetragenen (Teil-)Prothese mit Stegverbindung
SK	implantatgetragene Krone
SKM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone
SKMO	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Krone mit Geschiebe
SKO	implantatgetragene Krone mit Geschiebe
SKV	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung
SKVO	implantatgetragene Krone mit vestibulärer Verblendung und Geschiebe
SO	implantatgetragenes Verbindungselement (Kugelknopfanker, Steg u. Ä.) mit zu ersetzendem Zahn
ST	implantatgetragene Teleskopkrone
STM	implantatgetragene vollkeramische oder keramisch vollverblendete Teleskopkrone
STV	implantatgetragene Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T	Teleskopkrone
TM	Teleskopkrone vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
TV	Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung
T2	Sekundärteil einer Teleskopkrone
T2M	Sekundärteil einer Teleskopkrone, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet
T2V	Sekundärteil einer Teleskopkrone mit vestibulärer Verblendung

### Kennzeichen Bemerkungen

gemäß Schlüsselverzeichnis 6.24; bei Wiederherstellung Art der Leistung (Pflichtangabe)

01	medizinische Indikation z. B. Allergien, während einer Strahlentherapie, als Brückenpfeiler nicht geeignet
02	Zahnersatz verloren
03	Indikation BEMA 98e Begründung für 4.5 Metallbasis – Angabe der medizinischen Begründung Exostosen, Torus Palatinus, Bruxismus, Schlotterkamm, etc.)
04	Langzeitprovisorium
05	Topographische Lage Lückenschluss im Verblendbereich
06	Verwendung Weichkunststoff oder Sonderkunststoff
09	Vollkeramische Restauration
10	Wiederherstellung/Erneuerungsbedürftiges Primärteleskop (Zahnangabe siehe Feld „zusätzl. Erläuterung“)
11	Wiederherstellung/Bruch
12	Wiederherstellung/Sprung
13	Wiederherstellung/Unterfütterung partiell
14	Wiederherstellung/Unterfütterung total
15	Erosionsgebiss
16	Erweiterung Halteelement
17	Erweiterung Zahn/Zähne
18	Fehlende Versorgungsnotwendigkeit der Freundsituation
19	Hemisektion
20	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36a
21	Ausnahmeindikation nach ZE-Richtlinie Nr. 36b

Originalgröße DIN A4

## Artikel 2 Änderung der Anlage 14d BMV-Z

Die Ausfüllhinweise zu eFormular 3 (Heil- und Kostenplan zum Zahnersatz) werden wie folgt geändert:

1. In der Überschrift zu eFormular 3 wird der Stand auf den 01.04.2024 aktualisiert.
2. Das Vorwort entfällt.
3. Die Abbildung des eFormulars 3 wird durch folgende Abbildung ersetzt:

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span></p> <p>Kostenträgerkennung <span style="margin-left: 100px;">Versicherten-Nr.</span> <span style="margin-left: 100px;">Status</span></p> <p>Abrechnung-Nr. <span style="margin-left: 100px;">Zahnarzt-Nr.</span> <span style="margin-left: 100px;">Datum</span></p>	<p><b>Erklärung des Versicherten</b></p> <p>Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Frage, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsdatum des Zahnersatzes aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.</p> <p>Datum/Unterschrift des Versicherten</p>	<p>Lfd.-Nr. <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Stempel des Zahnarztes</p>																																																																																																																																																																																																																														
<p><b>Heil- und Kostenplan</b> Hinweis an den Versicherten: Bonushaft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.</p>																																																																																																																																																																																																																																
<p><b>1 I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan</b>      TP = Therapieplanung      R = Regelversorgung      B = Befund</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Art der Versorgung</th> <th colspan="8">TP</th> <th colspan="8">R</th> <th colspan="8">B</th> </tr> <tr> <th>18</th><th>17</th><th>16</th><th>15</th><th>14</th><th>13</th><th>12</th><th>11</th> <th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th> <th>48</th><th>47</th><th>46</th><th>45</th><th>44</th><th>43</th><th>42</th><th>41</th> <th>31</th><th>32</th><th>33</th><th>34</th><th>35</th><th>36</th><th>37</th><th>38</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>R</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>R</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>TP</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; text-align: right;">Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!</p>			Art der Versorgung	TP								R								B								18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	B																																	R																																	B																																	R																																	TP																																
Art der Versorgung	TP								R								B																																																																																																																																																																																																															
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																
B																																																																																																																																																																																																																																
R																																																																																																																																																																																																																																
B																																																																																																																																																																																																																																
R																																																																																																																																																																																																																																
TP																																																																																																																																																																																																																																
<p><b>2</b> Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)</p>																																																																																																																																																																																																																																
<p><b>3 II. Befunde für Festzuschüsse</b>      <b>IV Zuschussfestsetzung</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Befund Nr. 1</th> <th>Zahn/Gebiet</th> <th>2</th> <th>Anz. 3</th> <th>Betrag Euro</th> <th>Ct</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.</p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <p><b>Hinweis:</b></p> <p><input type="checkbox"/> % Festzuschuss</p> <p><input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><b>5 voraussichtliche Zuschusshöhe / Härtefall</b></p> <p><input type="checkbox"/> % Festzuschuss voraussichtlich</p> <p><input type="checkbox"/> Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor</p> </div>			Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	Betrag Euro	Ct																																																																																																																																																																																																																								
Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	Betrag Euro	Ct																																																																																																																																																																																																																											
<p><b>4 III. Kostenplanung</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">1 Fortsetzung</th> <th>Artz.</th> <th colspan="2">1 Fortsetzung</th> <th>Artz.</th> <th colspan="2">Euro</th> <th colspan="2">Ct</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 BEMA-Nr.</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <div style="margin-top: 5px;"> <p>2 Zahnärztliches Honorar BEMA:</p> <p>3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)</p> <p>4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)</p> <p>5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)</p> <p>Datum/Unterschrift des Zahnarztes</p> </div>			1 Fortsetzung		Artz.	1 Fortsetzung		Artz.	Euro		Ct		1 BEMA-Nr.																																																																																																																																																																																																																			
1 Fortsetzung		Artz.	1 Fortsetzung		Artz.	Euro		Ct																																																																																																																																																																																																																								
1 BEMA-Nr.																																																																																																																																																																																																																																
<p><b>6 Antragsnummer</b></p> <p>Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan</p>																																																																																																																																																																																																																																
<p><b>III. Kostenplanung GOZ</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">1 Fortsetzung</th> <th>Artz.</th> <th colspan="2">1 Fortsetzung</th> <th>Artz.</th> <th colspan="2">Euro</th> <th colspan="2">Ct</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GOZ-Nr. 1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>			1 Fortsetzung		Artz.	1 Fortsetzung		Artz.	Euro		Ct		GOZ-Nr. 1																																																																																																																																																																																																																			
1 Fortsetzung		Artz.	1 Fortsetzung		Artz.	Euro		Ct																																																																																																																																																																																																																								
GOZ-Nr. 1																																																																																																																																																																																																																																
<p><b>5</b> Gutachterlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> teilweise</p> <p>Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters</p>																																																																																																																																																																																																																																
<p>Zusätzliche Erläuterung</p>																																																																																																																																																																																																																																
<p>Verarbeitungskennzeichen</p> <p>Art des Behandlungsplans</p> <p>Therapieschritt</p> <p>Aktenzeichen PVS    logische Version</p>																																																																																																																																																																																																																																

4. Im Abschnitt ② Bemerkungen erhält der letzte Absatz folgende Fassung:

Das **Feld „Weitere Angaben“** enthält eine Auswahlliste, über die ggf. Angaben zu Unfall, Versorgungsleiden, Interims-/Immediatversorgung, NEM, unbrauchbarer Prothese/Brücke/Krone, Direktabrechnung zu erfolgen haben. Im Falle einer unbrauchbaren Prothese, Brücke oder Krone ist im zugehörigen Feld „Alter“ das ungefähre Alter des Zahnersatzes getrennt nach Ober- und Unterkiefer anzugeben.

**Artikel 3**  
**Inkrafttreten**

Artikel 1 und 2 treten mit Wirkung zum 01.04.2024 in Kraft.

Berlin, 27.06.2024  
gez. KZBV, GKV-V