

Praxis:

Anschrift der Patientin/des Patienten:

- Stempel -
-------------

Krankenkasse:

Datum:

Versicherten-Nr.:

**Patientenquittung (§ 305 Abs. 2 SGB V)**

Liebe Patientin, lieber Patient,

nachstehend erhalten Sie eine Aufstellung über die zahnärztlichen Leistungen, die für Sie an nachstehenden Tagen bzw. im unten genannten Zeitraum erbracht wurden, sowie über deren voraussichtliche Kosten, die Ihre Krankenkasse trägt.

Behandlungstag – bzw. Zeitraum:

Punktwert (Jahr):

Tag	Bema Geb.-Nr.	Kurzbeschreibung	Punkte	Honorar in Euro

Gesamtkosten: