

Patient/in: _____

Geb.-Datum: _____

Krankenkasse: _____

Datum der
Behandlung: _____



KZV-Abrechnungstempel

Was wurde für eine Behandlung an welchem Zahn/welchen Zähnen durchgeführt?
(z. B. Füllungen an den Zähnen 14, 25, 36 Extraktion des Zahnes 45)

Wie lange hält eine Lokalanästhesie an? Wann darf der Bewohner/die Bewohnerin wieder Nahrung zu sich nehmen?

Welche Medikamente wurden verabreicht. Wie ist die weitere Einnahme der Medikation?

Wie lange sollte der Patient/die Patientin auf den Tupfer beißen?

Sonstiges:

Wann ist der nächste Termin? _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vertragszahnärztin/
des Vertragszahnarztes _____

Dieses Formular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.kzv-berlin.de/formulare

Interne Verarbeitungsvermerke der KZV Berlin:

Eingangsdatum:	KZV-Pflegeeinrichtungs-Nr.:	Genehmigungsvermerk:
----------------	-----------------------------	----------------------