

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](http://www.kzv-berlin.de/formulare)