Vordruck 3e: Direktabrechnung Zahnersatz

Gültig ab 01.10.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum

Direktabrechnung Zahnersatz

Hinweis an den Versicherten:

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit der Gesamtrechnung bei Ihrer Krankenkasse zwecks Auszahlung der Festzuschüsse ein.

Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)

TP																TP
R																R
B																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																	B
R																	R
TP																	TP

Antragsnummer _____

Genehmigungsdatum _____

Höhe des Festzuschusses in Prozent

☐ 60 ☐ 70 ☐ 75 ☐ 100

Befunde für Festzuschüsse			**Zuschussbeträge**	
Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl	Euro	Ct
Nachträgliche Befunde				
Gesamtsumme Festzuschüsse				

Muster

Rechnungsbeträge	Euro	Ct
ZA-Honorar BEMA		
ZA-Honorar zusätzliche Leistungen BEMA		
ZA-Honorar GOZ		
Material- und Laborkosten (gewerblich)		
Material- und Laborkosten (Praxis)		
Versandkosten Praxis		
Gesamtsumme Rechnungsbetrag		

Eingliederungsdatum (TTMMJJ)

_____

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes

_____

_____

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes

Stand 03/2023

Originalgröße: DIN A4