Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Abrechnungsformular
für Kiefergelenkserkrankung und Kieferbruch

Behandlungsplan vom _____

Geplante Leistungen (nur eintragen bei Kiefergelenkserkrankungen)

Leistung	K 1	K 2	K 3	K 4
Anzahl				

Zahnärztliches Honorar

Datum	Zahn	Leistung	Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anzahl x Punkte

Punktwert _____ X Gesamtsumme _____

= zahnärztliches Honorar €

Pauschbetrag Abformmaterial €

Versandkosten €

Material- und Laborkosten
Kosten des Fremdlabors €

Material- und Laborkosten des Zahnarztlabors	BEL-Nr.	Anzahl	Betrag

Kosten des Zahnarztlabors €

Gesamtbetrag Honorar + Material-, Laborkosten € _____

Vordr.-Nr. Z 143 07.2018