

### 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								
R								
B								
	18	17	16	15	14	13	12	11
	48	47	46	45	44	43	42	41
B								
R								
TP								

									TP
									R
									B
	21	22	23	24	25	26	27	28	
	31	32	33	34	35	36	37	38	
									B
									R
									TP

Antragsnummer \_\_\_\_\_  
Genehmigungsdatum \_\_\_\_\_

Höhe des Festzuschusses in Prozent  
 60     70     75     100

Befunde für Festzuschüsse			Zuschussbeträge	
Befund-Nr.	Zahn/Gebiet	Anzahl	Euro	Ct
<i>Nachträgliche Befunde</i>				
<b>Gesamtsumme Festzuschüsse</b>				

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		
<b>Gesamtsumme Rechnungsbetrag</b>		

Eingliederungsdatum (TTMMJJ) \_\_\_\_\_  
 Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes

Stand 03/2023