

Jahr/Quartal/.....

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger _____	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9		
SVB <input type="checkbox"/>			Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!								

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient(in)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Tag	Mon.	Jahr	
Versicherte(r) <small>(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist.)</small>					
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Tag	Mon.	Jahr	

Unbedingt anzugeben ist

Jahr/Quartal
Krankenkasse
Versichertenkategorie
Familienname
Vorname
Versicherungsnummer
des Patienten
Familienname
Vorname
Versicherungsnummer
des Versicherten

weilers

Datum der Erstkonsultation und Ordinationsstempel

ERSATZSCHEIN
Abrechnungsstelle für Zahnärzte

**Ein Service Ihrer
Abrechnungsstelle**

