

Jahr/Quartal/.....

BVA

VAEB

SVA

KFA Wien

Familienname(n)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

Patient(in)

--	--	--	--

Tag Mon. Jahr

Unbedingt anzugeben ist

Jahr/Quartal
Krankenkasse
Familienname
Vorname
Versicherungsnummer
des Patienten

--

Datum der Erstkonsultation und Ordinationsstempel

ERSATZSCHEIN
Abrechnungsstelle für Zahnärzte

**Ein Service Ihrer
Abrechnungsstelle**

