



## ABRECHNUNGSFORMULAR

für die regionale Arbeitsgemeinschaft

Durchführende(r)	vereinbarte Stundenpauschale	Gesamtzahl der Stunden	Gesamtvergütung in Euro
Zahnarzt ärztin (mit eigener Praxis)	54,00 EUR		
Zahnarzt ärztin (ohne eigener Praxis)	31,00 EUR		
Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA)	15,00 EUR		
Sonstige Personen			

Gesamtsumme: \_\_\_\_\_

Sachlich und rechnerisch richtig:

Angewiesen und gebucht:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit  
Kurfürstenanlage 38-40  
69115 Heidelberg

## VERGÜTUNG DURCHGEFÜHRTER GRUPPENPROPHYLAXEMASSNAHMEN

Datum	Kinderkrippe   Kindergarten   Schule Pflegeheim (Name und Ort)	Anzahl betreuter Kinder   Schüler Personen	Art der Maßnahme <sup>1</sup>	Gesamtzahl der Stunden	davon mit ZFA

Stunden gesamt: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Art der Maßnahme: 1 = Mundhygienemaßnahme    4 = Vorsorgeuntersuchung  
2 = Ernährungsberatung                            5 = Elternabend  
3 = Fluoridierung                                    6 = Praxisbesuch  
7 = Sonstiges

Instrumente nach RKI-Richtlinien desinfiziert und ordnungsgemäß verpackt.  
Die Richtigkeit bestätigt:

Anschrift der Zahnarztpraxis (Praxisstempel)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Geschäftsführer|in der Arge Zahngesundheit

Bei Abrechnung von Untersuchungen bitte entsprechenden Befundbogen beilegen.

**Bankverbindung (bitte unbedingt angeben)**

IBAN: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_