



ABRECHNUNGSFORMULAR

für die regionale Arbeitsgemeinschaft

Durchführende(r)	vereinbarte Stundenpauschale	Gesamtzahl der Stunden	Gesamtvergütung in Euro
Zahnarzt ärztin (mit eigener Praxis)			
Zahnarzt ärztin (ohne eigener Praxis)			
Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA)			
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 ¹	Gesamtzahl der Stunden	davon mit ZFA

Stunden gesamt: _____

¹Art 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: _____