

# 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.

Muster

**Befund (B), Regelversorgung (R), Therapieplanung (TP)**

TP																				TP
R																				R
B																				B
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28			
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38			
B																				B
R																				R
TP																				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>				

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

Originalgröße: DIN A4

14a-14