



Bestätigung für Hilfsmittel

Datum	Unterschrift des Empfängers

Vermerke der Krankenkasse

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst) abgeholt, so hat der Patient eine Gebühr von 2,50 EUR zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

Fachpraxis für
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Oralchirurgie
Zertifizierte Implantologie
Zertifizierte Parodontologie

Dr. med. Bernd G. **Rehberg**, M. Sc.
Dr. med. dent. Daniel **Tolan**, M. Sc.
Dr. med. dent. Rainer **Schenk**

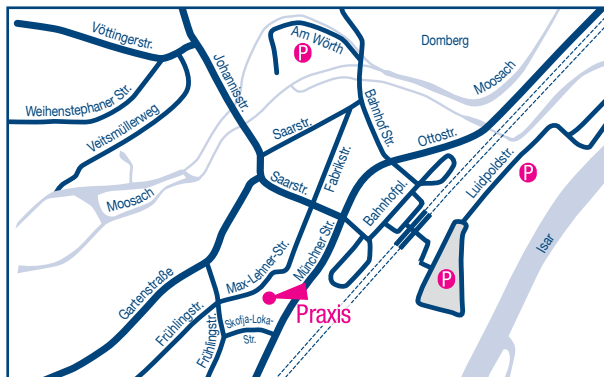
TRs

Max-Lehner-Straße 31
85354 Freising

Tel. 0 81 61 / 14 62 50
Fax 0 81 61 / 14 62 525

praxis@mkg-freising.de
www.mkg-freising.de

Ihr
persönlicher Termin:



Wenn der Termin nicht eingehalten werden kann, bitte spätestens 24 Stunden vorher abmelden.



Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr pfl.	Name, Vorname des Versicherten		
noctu			
Sonstige			
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Arbeitsunfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hilfs-BVG	Hilfs-mittel	Impf-stoff	Spr.St. Bedarf	Begr.-Pflicht	Apotheker-Nummer / IK
6	7	8	9	1	
Zuzahlung					
Arzneimittel / Hilfsmittel-Nr.		Faktor	Taxe		
1. Verordnung					
2. Verordnung					
3. Verordnung					

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

auf idem

auf idem

auf idem

Abgabedatum in der Apotheke:

--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Arbeitsunfall auszufüllen !

Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer



Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

- Beratung Behandlung
- Entfernung der Zähne
- Freilegung der Zähne 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
- Diastema-OP
- Apicale Sanierung der Zähne mit WK/WF 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
- präprothetische Chirurgie (Verbesserung Prothesenlager) OK UK
- Implantatberatung regio _____
- Bevorzugtes Implantatsystem _____
- Behandlung in Vollnarkose Analgosedierung
- Röntgenuntersuchung: Orthopantomogramm Kiefergelenksaufnahme
- Focussuche Traumatologie (Luxations-/Frakturbehandlung)
- Narben-, Falten-, Lidkorrekturen
- DVT Fragestellung: _____
- Sonstiges: _____

Bemerkungen: _____

Handzeichen: _____ Datum: _____

