Sozialhilfeverband

Sozialhilfe-Zahnbehandlungsschein gültig für das Vierteljahr 200

Der Krankenschein gilt bis zum Letzten des oben bezeichneten Vierteljahres. Die Gültigkeit erlischt, wenn er nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Ausstellung verwendet wird. Für Weiterbehandlung oder bei Wohnungswechsel ist ein neuer Schein notwendig.

Dem Arzt (Dentisten) vor Beginn der Behandlung übergeben!

Gemeinde , Nr.

Personaldaten des Hilfsbedürftigen:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnung und Aufenthalt:

Der (die) Kranke ist – nicht – krankenversichert..

Die Hilfsbedürftigkeit im Sinne des Sozialhilfegesetzes ist erwiesen

Gemeinde , den

.

Stempel der Gemeinde: Für den Bürgermeister

Antrag auf besondere Genehmigung:

(Bei bloß konservierender Behandlung nicht erforderlich.)

Notwendig sind folgende Leistungen:

€

€

€

Summe €

Gutachten des Vertrauensarztes:

Entscheidung des Bezirkssozialhilfeverbandes:

Die Ausführung der Zahnarbeiten im Kostenbetrage von € wird genehmigt.

Datum: Unterschrift

Dieser Schein ist am Ende des Vierteljahres nach dem um 10 v.H. gekürzten Honorartarif der KVA. abzurechnen und bis längstens 10. des folgenden Monats an die Ärztekammer für Steiermark einzusenden.

1a	1b	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
						Füllungen						**Wurzelbehandlungen**												**Röntge**	
													Exstirpation												
Beratung	Visite	Extraktion	Lokalanästhesie	Leitungs-anästhesie	Vereisung	1-Flächen-	2-Flächen-	3-Flächen		Stiftverank.	Phosphat.-Zem.-Füllg.	Amputation	1-kann.	2-kann.	3-kann.	Unvollendet	Nachbehandlung	Blutstillung d. Tamponade	Ätzen Empf. Zahnhälse	Zahnstein-Entfernung	Einschleifen des natürl. Gebisses	Wiedereinzem. od. Abnahme	Bestrahlung	1. Bild	jed. weitere
Ber	Vs	E	Lo	Lg	V	F 1	F 2	F 3		St	ZF	WA	W 1	W 2	W 3	WU	NB	BT	HZ	Zst	ES	Pf	Bst	Rö	Rö

R **L**

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Beginn der Behandlung

.....

Ende der Behandlung

Abrechnung nach dem Tarif der Stmk. GKK

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes

Datum.....

Sto	Rz	Zv	WRes	OZ	Ai	Ep	Ii	KK	T	BN	R	Thi	Ths	Med		**Proth.-Reparaturen**				
												Therap. inj.								
Stomatitis-behandlung	Entfernung ein. retin. Zahnes	Zystenoperation	Wurzelspitzen-Resektion	Operative Entf. eines Zahnes	Außenincision	Epulisoperation	Innenincision	Kieferkamm-Korrektur	Taschen-Abtragung	Blutstillung durch Naht	Chloräthylrausch	intravenös subcutan	intramusc.	Medikament		Bruch, Sprung Wiederbef.	Neuer Zahn; Kl. od. Sauger	2 Leistungen a oder b	Mehr als 2 Leistungen	Tot. Unterf.
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	—		a	b	c	d	e

Ergeht durchschriftlich an:

Bezirkshauptmannschaft .....
- Sozialhilfereferat -