

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

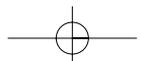


Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

- 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: _____



Bestätigung für Hilfsmittel

Datum	Unterschrift des Empfängers

Stempel der Apotheke / des Lieferanten

Vermerke der Krankenkasse

.....mittel innerhalb der Zeiten gemäß § 6 Arzneimittelpreisverordnung (Notdienst abgeholt), so hat der Patient eine
 ?..... zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (noctu) anbringt.

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



MCE
Medizincampus Erding
 Bajuwarenstraße 7
 85435 Erding
 Tel. 0 81 22 - 90 15 45
 Fax 0 81 22 - 90 15 44
 praxis@mkg-erding.de
 www.mkg-erding.de

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



Ihr
persönlicher Termin:



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