„SOZIALHILFETRÄGER“ Az. Kassen-Nr.	**Zahnbehandlungs-ausweis** Gültigkeitsdauer/Quartal:	Für Leistungsberechtigte nach ☐ § 1 ☐ § 1a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Der Inhaber dieses Behandlungsausweises unterliegt nicht der Zuzahlungspflicht nach §§ 61 f SGB V

Bitte beachten:

Der Leistungsrahmen für den Patienten umfasst nur die zur Behandlung **akuter Erkrankungen** und **Schmerzzustände** notwendigen Kosten.

Eine Versorgung mit **Zahnersatz** ist nur möglich, wenn sie im Einzelfall unaufschiebbar ist. Die Kostenübernahme für prothetische Leistungen sind nach dem dazu erforderlichen **Behandlungsplan gesondert** zu **beantragen**.

Für die Leistungen durch Zahnärzte besteht Anspruch auf Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 SGB V.

Dieser Zahnbehandlungsausweis gilt **nicht für Überweisungen**. Ist eine Behandlung/Untersuchung durch einen anderen Zahnarzt notwendig, stellt der „Sozialhilfeträger (SHT)“ einen weiteren Behandlungsausweis aus.

Während der Gültigkeit dieses Behandlungsausweises ist ein Zahnarztwechsel nur mit schriftlicher Genehmigung des „Sozialhilfeträgers“ nach Anhörung des behandelnden Zahnarztes möglich.

Dieser Zahnbehandlungsschein **gilt nur innerhalb** des „Gebietes des SHT“. Honorarforderungen außerhalb des „Gebietes des SHT“ kann nicht entsprochen werden.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, HsNr.:	
PLZ, Wohnort	
Name, Vorname des Haushaltsvorstands:	

„Ort“, „Datum“

Amtsstempel, Unterschrift d. Sachbearbeiters/in

interne Vermerke des Sozialhilfeträgers (SHT):

☐

☐

☐

☐

Kassenarztstempel:

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin

Quartal/Jahr ☐ 200 ☐

lfd. Nr. ☐☐☐☐☐

Blatt Nr. ☐

Datum (T T . M M)	**Zahn**	**Leistung**	**Bemerkungen**	**Datum** (T T . M M)	**Zahn**	**Leistung**	**Bemerkungen**

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schülerunfällen

Muster