

# Name und Adresse der Zahnärztin / des Zahnarztes ggf. Verrechnungsstelle

ggf. LOGO

Ggf. Titel, Vorname, Nachname, Straßenname Hausnummer, PLZ Ort

ggf. Angaben bei Verrechnungsstelle

Ggf. Beförderungsvermerke

Telefon: Vorwahl Rufnummer

ggf. Fax: Vorwahl Rufnummer

Anrede Adressat

ggf. E-Mail: empfänger@dienst.de

Ggf. Titel, Vorname, Nachname

ggf. Internet: www.internetadresse.de

Straßenname Hausnummer

PLZ Ort

## RECHNUNG

Rechnungsnummer: XXXXXX

Rechnungsdatum: tt.mm.jjjj

Abschlagsnummer: X (falls erforderlich)

ggf. Steuernummer: xx/xxx/xxxxx

Behandelte Person: ggf. Titel, Vorname, Nachname

ggf. Geburtsdatum: tt.mm.jjjj

Ggf. FREITEXT (z.B. Einleitungstext, Hinweise, Angaben zur Diagnose, Angaben des Zahnarztes bei Verrechnungsstelle, etc.)

| Datum    | Region    | Nr.  | Leistungsbeschreibung/Auslagen | Bgr. | Faktor | Anz. | EUR      |
|----------|-----------|------|--------------------------------|------|--------|------|----------|
| tt.mm.jj | xx        | xxxx | GOZ-Leistungsbeschreibung ...  | 1)   | x,xx   | x    | xxxxx,xx |
|          | ggf. - xx |      |                                |      |        |      |          |

Konto: Name der Bank / BLZ: xxx xxx xx / Kto.-Nr.: xxxxxxxxxxx / IBAN: xxxx xxxx xxxx xxxx xx

**Name und Adresse der Zahnärztin / des Zahnarztes ggf. Verrechnungsstelle**

ggf. LOGO

| Datum    | Region | Nr.   | Leistungsbeschreibung/Auslagen  | Bgr. | Faktor | Anz.                        | EUR             |
|----------|--------|-------|---|------|--------|-----------------------------|-----------------|
| tt.mm.jj | xx     | Äxxxx | GOÄ-Leistungsbeschreibung ..  |      | x,xx   | x                           | xxxxx,xx        |
| tt.mm.jj | xx     | xxxxa | Beschreibung der analogen Leistung..  |      | x,xx   | x                           | xxxxx,xx        |
| tt.mm.jj | xx     | xxxx  | ggf. Beschreibung der Verlangensleistung<br>(anfügen: auf Wunsch)<br>ggf. Angaben zur MwSt. |      | x,xx   | x                           | xxxxx,xx        |
|          |        |       |   |      |        | Zwischensumme Honorar:      | xxxxx,xx        |
| tt.mm.jj |        | xxxxx | Material-Beschreibung ...<br>mit Mengenangabe etc.  |      |        | x                           | xxxxx,xx        |
|          |        |       | Ggf. Kosten für Auslagen nach §3, §4 GOZ und §10 GOÄ:                                       |      |        |                             | xxxxx,xx        |
|          |        |       | Ggf. Auslagen nach § 9 GOZ gemäß Praxislaborbeleg:  |      |        |                             | xxxxx,xx        |
|          |        |       | Ggf. Auslagen nach § 9 GOZ gemäß Fremdlaborrechnung:  |      |        |                             | xxxxx,xx        |
|          |        |       | Ggf. Entschädigungen nach § 8 GOZ für Wegegeld/Reiseentschädigung:                          |      |        |                             | xxxxx,xx        |
|          |        |       | Ggf. abzgl. Minderungsbetrag für stationäre Behandlung:                                     |      |        |                             | xxxxx,xx        |
|          |        |       | Ggf. abzgl. Vorleistung anderer Kostenträger:   |      |        |                             | xxxxx,xx        |
|          |        |       |   |      |        | <b>Rechnungsbetrag:</b>     | <b>xxxxx,xx</b> |
|          |        |       |   |      |        | Ggf. abzgl. Vorauszahlung:  | xxxxx,xx        |
|          |        |       |   |      |        | <b>ggf. Offener Betrag:</b> | <b>xxxxx,xx</b> |

Ggf. Hinweise zu Zahlungsmodalitäten (z.B. Angaben zur Bankverbindung, Zahlungsziel)

**Bgr.** Weitere Ausführungen soweit in Spalte Begründungen (Bgr.) Kennzeichen gesetzt wurde

1) Begründungstext/Erläuterungen/Details ...

**\*Platzhalter für optionalen Aufdruck eines zwei- oder dreidimensionalen Barcode\***

Konto: Name der Bank / BLZ: xxx xxx xx / Kto.-Nr.: xxxxxxxxxxx / IBAN: xxxx xxxx xxxx xxxx xx