

MUSTER DER LAGERDRUCKSORTEN

FÜR FACHÄRZTE DER ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE
UND DENTISTEN



ÄrzteZentrale
Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei
in der City*

HONORARNOTEN • KASSABESTÄTIGUNGSBÜCHER • KARTEIKARTEN
BRIEFPAPIERE • WAHLARZTREZEPTE • ÜBERWEISUNGEN • VISITENKARTEN
STEMPELN • TAFELN • und vieles mehr...

ecard



**Wir bitten Sie
die ecard bei
jedem Arztbesuch
mitzubringen.**

ÄrzteZentrale P51

ecard

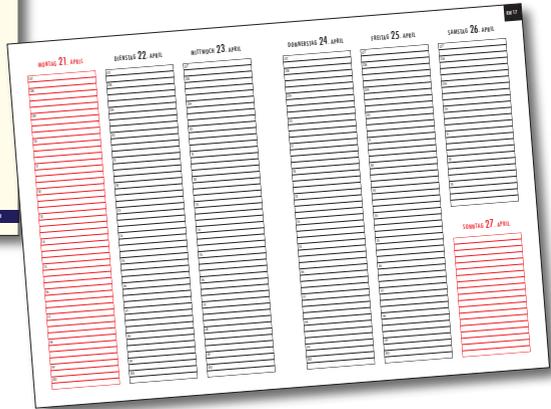


**Bei Nichtbeibringung
der ecard ist ein
Einsatz von € _____ zu leisten.**

ÄrzteZentrale 52f

Terminkalender, spiralgebunden, in 15 min. Einteilung

A4 (21,0 x 29,7 cm)



Quadratisch (30,0 x 30,0 cm)



**Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!**

Sollten Sie einen **Behandlungstermin nicht einhalten können**, wird höflichst ersucht, dies **rechtzeitig vorher bekanntzugeben**.

Wir sehen uns sonst gezwungen, den **versäumten Termin in Rechnung zu stellen**.

Wir bitten um Verständnis
Ihr Praxisteam

ÄrzteZentrale P56

NR. K 35

„URLAUB VON – BIS“ 33,5 X 24 CM GELBER KARTON

URLAUB

Von bis

Vertretungen übernehmen alle anderen anwesenden Vertragsärzte/ärztinnen

Ordination

Adresse Tel.

Von bis

Ordination

Adresse Tel.

Von bis

**Bitte, teilen Sie der/dem aufgesuchten Vertreterin/Vertreter mit,
dass Sie meine/mein Patientin/Patient sind.**

ÄrzteZentrale K 35

Bestätigung über den Empfang von € _____

Euro _____

als Honorar für ärztliche Behandlung

bei Herrn/Frau

Adresse:

am

ÄrzteZentrale 2 (dasselbe in Buchform ÄrzteZentrale 36)

Sie haben heute meine ärztliche Hilfe ohne e-Card in Anspruch genommen. Bitte denken Sie daran, daß Sie die e-Card binnen 14 Tagen nachbringen müssen, wenn Sie nicht als Privatpatient gelten wollen.

Einsatz

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

im Betrag von

zu übermitteln.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 4

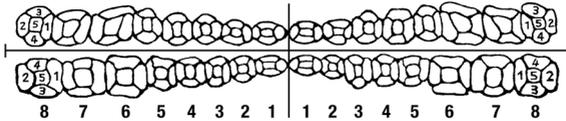
1. SEITE
2. SEITE

Datum			
.....

FORMAT A6 doppelt
GEFALZT AUF A6 quer

Honorarnote

Herrn
 Frau



Zahl	Behandlung von bis	Honorar	
	Extraktion(en)		
	Anästhesie		
	Wurzelbehandlung(en)		
	Amalgam-Konturfüllung(en), Goldamalgamfüllung(en)		
	Zementdublierung(en)		
	Porzellanfüllung(en), Silikatfüllung(en)		
	Goldgußfüllung(en)		
	Kronen (Gold-, Richmondkronen), Brückenteile		
	Zahnsteinentfernung		
	Zahnfleischbehandlung(en), Abszeßbehandlung		
	Prothese oben		
	Prothese unten		
	Ordination(en)		
	Röntgenolog. Aufnahme		
	Summe		
	Anzahlung		
	Restbetrag		

Name:

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdatum:

Beruf:
(oder Beruf des Mannes)

Empfohlen durch:

ÄrzteZentrale 8

Name:

Anschrift:
Telefon:

Geburtsdaten:

Name der Krankenkasse:
Privat:

Beruf:
(oder Beruf des Versicherten)

Empfohlen durch:

ÄrzteZentrale 9

.....

Bitte um Röntgenaufnahme von:

bei:

Diagnose:

ÄrzteZentrale 10

.....

An das

Labor

Bitte bei

um

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Diagnose:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

**Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

An

Ich bitte höflich um Aufnahme, Therapie, Befundbericht, fachärztliche Untersuchung

Herr
Frau
Kind
Stand
Krk.-Kasse

wohnhaft
Staatsbürgerschaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Diagnose

Anmerkungen:

.....

Herr
Frau

wohnhaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

Herr
Frau

wohnhaft:

geb. am ist bei mir seit
in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

FORMAT A6

ÄrzteZentrale 19a

BITTE VORMERKEN

MO DI MI DO FR SA

den um Uhr

MO DI MI DO FR SA

den um Uhr

MO DI MI DO FR SA

den um Uhr

Falls Sie verhindert sind, bitte um **rechtzeitige Absage**.

Stempel:

FORMAT 10 x 10 cm
PAPIER: GELB

ÄrzteZentrale 35a

.....

.....

.....

Hiermit gestatte ich mir, meine Honorarnote
vom per höflichst in
Erinnerung zu bringen und ersuche um postwendende Überweisung.

Hochachtungsvoll

.....

.....

.....

Da Sie meine Mahnung vom
unberücksichtigt ließen, muß ich Sie hiermit neuerlich dringendst bitten, mir
den Betrag meiner Honorarnote vom

per

bis zum einzusenden.

Ich hoffe, daß Sie mir durch strikte Einhaltung des angeführten
Termins weitere Maßnahmen ersparen und zeichne

Hochachtungsvoll

.....

An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

steht (stand) in meiner Behandlung und ist (war) von 20

voraussichtlich bis einschließlich 20 verhindert,
am Unterricht/Leibesübungen teilzunehmen.

.....
(Unterschrift des Arztes)

ÄrzteZentrale 22

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, daß ich in der Zeit
von bis

auf Urlaub bin. Nächste Ordination am

Es vertritt mich

.....

Mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, dass ich in der Zeit
von bis
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am
.....

Mit kollegialem Gruß

ÄrzteZentrale 23a

An die Firma:

.....

Herr
Frau

wohnhaft

suchte heute meine Ordination in der Zeit

von bis auf.

ÄrzteZentrale 24

Name:

Tag	Datum	Stunde

KARTON GRÜN

Bitte diesen Schein bei jedem Besuch mitzubringen. Falls von einer der vorgemerkten Stunden nicht Gebrauch gemacht werden kann, wird höflichst ersucht, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben, da sonst die versäumte, vorgemerkte Zeit in Rechnung gestellt werden müßte.

ÄrzteZentrale 25

Herrn
Frau

.....

Sie werden höflichst ersucht, zwecks Fortsetzung, Kontrolluntersuchung bzw. Beendigung der Behandlung am zu kommen.

Hochachtungsvoll

Honorarnote

.... Besuchsgebühr	
.... Sonn-, Feiertags-, Nachtzuschlag	
.... Injektion	
.... Medikamente	
.... Weggebühr	
Summe	
plus % MWSt.	
Gesamthonorar inkl. % MWSt.	

Herr

Frau

wurde darauf aufmerksam gemacht, daß die von der Kassa bewilligte Leistung medizinisch vollkommen ausreichend ist.

Auf eigenen Wunsch wurden folgende Sonderleistungen

.....

.....

.....

erbracht.

Unterschrift:

Datum:

ÖGK _____

WAHLARZT

Mitglieds-Nr. _____

A B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

1

Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstversichert

5

Pensionist(in)

7

Kriegshinter-
bliebene(r)

Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

Patient/in

	Tag	Mon.	Jahr

Anschrift

Versicherte/r

(nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger ist)

	Tag	Mon.	Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung

Datum:

Rp.

**WAHLARZTREZEPT
FORMAT 21 x 10 cm**

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

Nr. **Bestätigung** über den Empfang € _____

Betrag
in Worten

erhalten von Herrn/Frau

Adresse:

für Ordination

für Visiten

für Sonderleistungen

Diagnose

am

ÄrzteZentrale 38 (dasselbe in Buchform ÄrzteZentrale 37)

Bestätigung über den Empfang von _____

als Honorar für zahnärztliche Behandlung

.....

bei Herrn/Frau

Adresse:

am

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

.....
.....

im Betrage von =====

zu übermitteln.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 41a

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für zahnärztliche Behandlung

.....
.....

im Betrage von =====

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

ÄrzteZentrale 42

An
....., den

Verletzungsanzeige

Vor- und Zuname: Geburtsdaten:

Wohnort:

Zeitpunkt der erstmaligen Untersuchung:

Unfallsort:

Beschreibung der Verletzung:
(Art derselben, Ausdehnung, Form, Lage und Alter der Verletzung)
.....

Voraussichtlicher Grad der Verletzung:

Fremdverschulden: ja — nein

Weiterbehandlung nötig: ja — nein — ambulatorisch — häuslich

Dem Krankenhaus überwiesen am:

Spezialuntersuchung veranlaßt: Röntgen — Facharzt

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

An:

Herr
Frau

wohnhaft:

geb. am:

Ansuchen um:

Diagnose:

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Anamnese:

Status:

Diagnose:

Therapieverschlagn:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß



Ich erlaube mir, Ihnen für Leistungen in der Zeit

von bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Hochachtungsvoll

HONORARNOTE

für Herrn
Frau

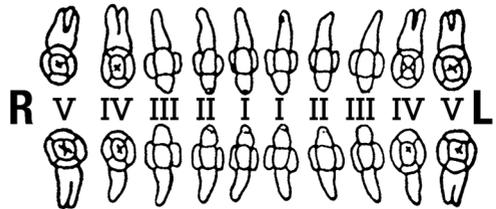
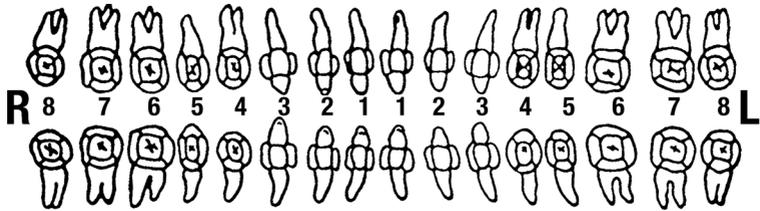
Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

von bis

meine Honorarnote im Betrage von
zu überreichen.

Hochachtungsvoll

Seite 1
gefalzt auf A5



Was Sie nach einer Zahnextraktion beachten sollten:

**ÄZ 66 - VS
PAPIER HELLBLAU**

- Bitte, **heute keine Mundspülungen** und keine heißen Getränke! Saugen Sie nicht an der Wunde! **Beißen Sie sich nicht in die noch gefühllose Wange oder Lippe!** Berühren Sie nicht die Wunde mit Finger, Zunge oder Zahnbürste!
- **Essen und trinken Sie erst, wenn die Wirkung der Injektion völlig abgeklungen ist**, das ist meist 1 bis 3 Stunden nach der Zahnentfernung. **Essen Sie nicht zu heiß, zu hart oder zu bröselig. Meiden Sie kohlehydrathaltige Kost**, wie dicke (mehlige) Suppen, Zucker, Milch- oder Mehlspeisen!
- **Lenken Sie kein Kraftfahrzeug!** Besonders ist dann davor zu warnen, wenn Sie schon vor dem Eingriff schmerzstillende Mittel eingenommen haben, und lenken Sie nach örtlicher Betäubung mittels Injektion mindestens 3 Stunden kein Kraftfahrzeug! Auch seelische Erregungen vor und während des Eingriffes können das Reaktionsvermögen beeinflussen und somit die Fahrtüchtigkeit vermindern.
- **Meiden Sie Alkohol, Kaffee, Tee (Schwarztee), Nikotin, Hitze (Sauna, Sonnenbad) und größere körperliche Anstrengungen am selben Tag.**
- Ab morgen sollten Sie auf jeden Fall wieder die tägliche Mundpflege durchführen, das heißt, Ihre Zähne und das Zahnfleisch mindestens nach dem Frühstück und nach dem Abendessen 3 Minuten lang **bürsten!**
- Wenn Sie am nächsten Tag keinerlei Beschwerden haben, ist die Wunde ohne Komplikationen verheilt und somit der Fall für Sie erledigt.

Leichte Beschwerden beim Schlucken und beim Öffnen des Mundes sowie Wundschmerzen sind nichts Außergewöhnliches: Bei Schmerzen können Sie schmerzstillende Mittel einnehmen. Beachten Sie allerdings die Packungsbeilage aufgrund der Anwendung und Verträglichkeit. Nehmen Sie jedoch kein AAS (Aspirin) ein – es kann erneut zu Blutungen führen.

- **Nach schwierigen Zahnentfernungen oder nach einer Kieferoperation können folgende Komplikationen dazukommen:**

Eine leichte **Schwellung an Kiefer oder Wange** ist kein Anlass zur Besorgnis. **Bei Schwellungen** innerhalb der ersten 48 Stunden keine Wärme anwenden. Sehr wirksam gegen die Schwellung sind kalte Umschläge: Ein kaltes, feuchtes Tuch, in das Sie einen Eiswürfel wickeln können, wird in Abständen von einer Stunde 15 Minuten lang auf das Gesicht gelegt.

Wird die Schwellung größer und die Spannung immer schmerzhafter, **dann besuchen Sie mich unverzüglich** oder rufen Sie an!

Erst wenn die Schwellung ganz verschwunden ist – das ist frühestens nach 2 Tagen möglich –, kann Anwendung trockener Wärme, wie Heizkissen, Heißluft, Wärmelampe oder Licht (5mal täglich 5 Minuten lang), zusätzlich Linderung bringen.

Einige Stunden nach dem Eingriff kann noch Blut aus der Wunde sickern. Das braucht kein Grund zur Beunruhigung sein. Diese **Blutung** scheint nämlich stärker zu sein, als sie wirklich ist, weil sich Blut mit Speichel vermischt. Wenn aber Blut in Abständen oder dauernd tröpfelt oder fließt, handelt es sich um eine echte Nachblutung, bei der Sie mich so rasch wie möglich aufsuchen müssen. Bis dahin wischen Sie das Blut mit einem sauberen zusammengelegten Stofftaschentuch oder Gazestreifen (Mullbinde) vorsichtig aus Mund und Wunde! Dann falten Sie einen neuen sauberen Gazestreifen zusammen und legen ihn vorsichtig über, aber **nicht in die Wunde!** Jetzt beißen Sie die Zähne zusammen, damit die Gazelagen auf die Wundränder einen mäßigen Druck ausüben und halten dann den Mund mindestens eine halbe Stunde geschlossen! Diesen „Druckverband“ können Sie einige Male erneuern. Dabei hört meist die Blutung schon endgültig auf.

Bedrohliche Komplikationen (Schwellung mit Fieber, Nachblutung), wenn auch selten auftretend, **können Sie durch genauestes Befolgen dieser Anweisungen und – falls nötig – durch rechtzeitige ärztliche Hilfe sicher verhindern.**

Unser Praxisteam wünscht Ihnen gute Genesung!

Rp.

FORMATE:
8,5 x 15 cm
10 x 17 cm
10 x 21 cm

ÄZ 68a - SEITE 1

HONORARNOTE

Herrn/Frau geb.

wohnhaft in

Ich erlaube mir, Ihnen für zahnärztliche Behandlung in der Zeit

von bis

nachfolgende Honorarnote zu überreichen.

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

	Inlay	eine Fläche
	Inlay	zwei Flächen
	Inlay	drei Flächen
	Onlay	
	Stiftaufbau gegossen, Ankersystem	
	Vollgußkrone	
	Facettierte Krone	
	Metallkeramikkrone	
	Porzellanmantelkrone (Jacket)	Kunststoffmantelkrone
	Wurzelkappe	
	Teleskopkrone	facettiert
	Brücke	Glieder Pfeiler
	Aufbißschiene	
	Langzeitprovisorium	
	Prothese	OK UK total partiell
		Metall Kunststoff
	Sonstige Mehrleistung	

Ordination	
Röntgenaufnahme	
Parodontalstatus	
Mundhygiene Information Motivation Instruktion Kontrolle	
Zahnsteinentfernung Konkremententfernung	
Wurzelglätten OK UK	
Vitalitätsprüfung	
Einflächenfüllung, inkl. Unterlage	
Zweiflächenfüllung, inkl. Unterlage	
Dreiflächenfüllung, inkl. Unterlage	
Aufbau Eckenaufbau Provisorium	
Wiedereinzem. od. Abn. techn. Arbeiten (pro Pfeiler)	
Pulpenüberkappung	
WB Amputation WB unvollendet	
WB Exirpation ein-, zwei-, dreikanalig	
Anästhesie	Nachbehandlung
Extraktion	
Op. Entfernung eines Zahnes eines retinierten Zahnes	
Zystenoperation	
Wurzelspitzenresektion	
Innenincision, kl. operativer Eingriff	
Paradontalchirurgie	
klinische instrumentelle Funktionsanalyse	
Funktionelle Einstellung des Kauorganes	
Kieferorthopädische Behandlung	
Terminversäumnis	

ÄZ 68a - SEITE 3

H O N O R A R	
abzüglich à conto	
Restbetrag	

....., den

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich bitte höflichst um fachärztliche Untersuchung, Befundbericht, Therapie
bei meinem(r) Patienten(in)
wohnhaft
geb. am ist bei mir seit
in ärztlicher Behandlung wegen folgender Beschwerden:
.....
.....
Meine bisherige Behandlung:
.....
.....

Mit kollegialem Gruß

**FORMAT A4
GEFALZT AUF A5**

HONORARNOTE

.....

für Herrn
Frau

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom..... bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Medikamente: _____

Gesamtsumme _____

Diagnose:

Hochachtungsvoll

.....
An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

stand wegen

von bis in meiner Behandlung.
Bitte das Fernbleiben vom Unterricht zu entschuldigen.

Es wird empfohlen, den (die) Schüler(in)
für die Dauer vom bis
vom Turnunterricht zu befreien.

.....
(Unterschrift des Arztes)

An die Firma:

Herr
Frau

Adresse

steht seit

voraussichtliche Dauer
in meiner Behandlung und ist pflegebedürftig.

Pflegeperson

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel

An
.....
.....

Es wird bestätigt, daß

Herr / Frau
.....

ab einschließlich
pflegebedürftig erkrankt ist.

.....
Datum

.....
Unterschrift, Stampiglie

ÄrzteZentrale 76 (Entwurf: NÖ-Ärztammer)

Anweisung zur Einnahme verordneter Medikamente

Name _____

Medikament	Wochentag	morgens		mittags		abends		nachts
		vor	nach	vor	nach	vor	nach	
		dem Essen		dem Essen		dem Essen		

Ich bitte, diese Anweisung stets
zur Sprechstunde mitzubringen!

BEGLEITSCHREIBEN ZUR ÜBERWEISUNG/EINWEISUNG

an / in:

Name:

Diagnose / Verdacht:

Begleiterkrankungen:

Derzeitige Beschwerden und Befund:

Hinweise:

Ersuche um:

Akuttherapie:

Laufende Therapie	früh	mittag	abend

KURZARZTBRIEF

Befund:

ÄZ 78 - RS

Sonstiges:

Laufende Therapie	früh	mittag	abend

Weiterführende Untersuchungen:

- Wiedervorstellung erbeten am:
- Stationäre Aufnahme vorgesehen für:
- Stationäre Aufnahme zur Zeit nicht erforderlich

Name, Datum, Stampiglie

FORMAT 21 x 10,5 cm

KURZBRIEF

Mit der Bitte um:

- Kenntnisnahme
- Erledigung
- Genehmigung
- Stellungnahme
- Unterschrift
- Behandlung wie besprochen
- Rücksendung
- Angebot
- Anruf/Rücksprache
- Entscheidung
- Weiterleitung an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mit freundlichen Grüßen

ÄrzteZentrale 101

VS
RS

Gesundheitsfragebogen

Wie oft bürsten Sie ihre Zähne?.....

Bürsten Sie die Zähne vor oder nach dem Frühstück?

Blutet dabei das Zahnfleisch ja ein wenig nein

Sind die Zähne empfindlich auf kalt heiß beim Kauen?

Bleiben Speisereste zwischen den Zähnen stecken? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? nachts am Tage oder ständig

Haben Sie:

Kreislaufbeschwerden

Penicillin-Allergie Asthma

Hohen Blutdruck

Infektionskrankheiten (Tbc usw.)

Herzbeschwerden (Infarkt)

Kieferhöhlenentzündung

Rheumatismus

Kiefergelenksbeschwerden

Nierenentzündung

Epilepsie

Hepatitis (Gelbsucht)

Röntgen- oder Radiumtherapie

Diabetes (Zucker)

Kortisontherapie

Blutungsneigung,
die einer Behandlung bedarf

Schrittmacher

Bluter Marcumar

Geschlechtskrankheiten

Frauen: Besteht zur Zeit
eine Schwangerschaft

AIDS

Sonstiges:

Sind Sie während der Zahnbehandlung

sehr ängstlich etwas ängstlich nicht ängstlich?

Möchten Sie mittels schmerzstillender Injektion behandelt werden?

ja nicht nötig

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnbehandler?

Welche Wünsche oder Beschwerden haben Sie jetzt?

.....

.....
Datum

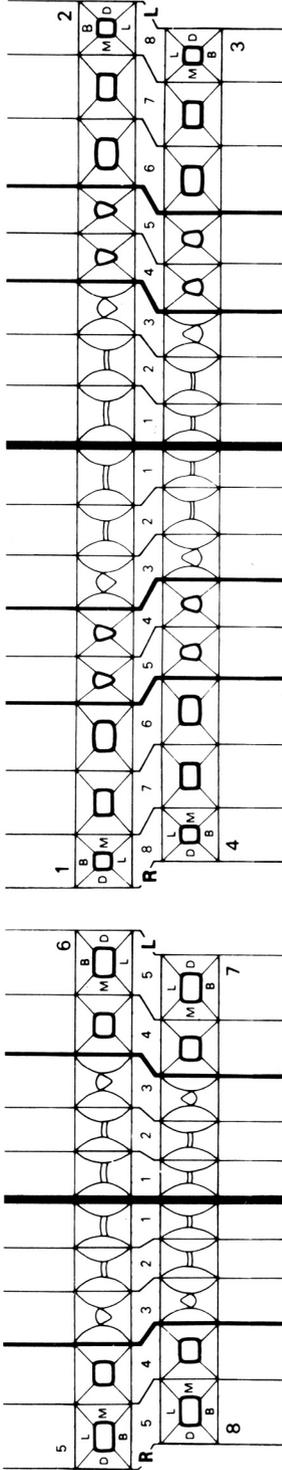
.....
Unterschrift

HONORAR-NOTE NR. _____ Datum: _____

**VK-20 VS
FORMAT A4
2 Blatt z. Durchschr.**

Herrn _____
für Frau _____
Kind _____
Adresse: _____

Betrifft: Behandlung in der Zeit vom _____ bis _____



Zahl	Behandlung	Zahl	Behandlung
	Beratung		Übertrag
	Extraktion eines Zahnes		Vollmetallkrone am Klammerzahn
	Anästhesie b. Vitalamp.-Exstirpation		Verblendkrone am Klammerzahn
	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps		Vollkrone
	Einfächtenfüllung		Facettierte Krone
	Zweifächtenfüllung		Stiftkrone
	Dreifächtenfüllung		Stiftaufbau gegossen
	Aufbau mit Höckerdeckung		Jacketkrone
	Komposit-Einfächtenfüllung		Teleskopkrone
	Komposit-Zweifächtenfüllung		Aufbauten / Provisorium
	Komposit-Drei- od. Mehrfächtenfüllung		Brücke: Pfeiler Zwischenglieder
	Ecken- bzw. Schneidekantenaufbau		Geschiebekrone
	Stiftverankerung		Edelmetallverbrauch
	WB-Amputation		Reparaturen an Kunststoff-Prothesen:
	WB-Exstirpation einkanalig		a) Bruch; Sprung; Wiederbefestigung
	WB-Exstirpation zweikanalig		b) Neuer Zahn, Kl. oder Saug.; Teilunterf.
	WB-Exstirpation dreikanalig		c) Leistungen gemäß a) u. b) gemeinsam

Wichtige Hinweise für den Versicherten: Wurde umseitige Honorar-Note nur bis zur Zeile „Restbetrag“ vom Behandler ausgefüllt, dann gilt sie als offen. Ihre Versicherungsanstalt darf jedoch erst dann die Rückvergütung ausbezahlen, wenn die Begleichung der Honorar-Note durch Ausfüllen ihrer untersten Zeile („Bezahlt am:, Stempel des Zahnarztes bzw. Dentisten, Unterschrift“) bestätigt wurde. Als Begleichung gilt auch, wenn der Versicherte den bestätigten „Empfangschein“ des Erlagscheines der noch offenen Honorar-Note beifügt.

Vom Versicherten auszufüllen: ▼

An die Versicherungsanstalt _____
 Bezeichnung der Krankenkasse

_____ Straße _____ Nr. _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Betritt: Antrag auf Rückvergütung der Kosten umseitiger Honorar-Note.

Als Versicherter _____ Name _____ Vorname _____
 _____ Versicherungsnummer

Adresse: _____ Straße _____ Nr. _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Tel.: _____ stelle ich den Antrag, mir bzw. meinem mitversicherten

Angehörigen: _____ Name _____ Vorname _____ geb.: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

für die umseitig saldierte Honorar-Note den gebührenden Ersatz der Behandlungskosten zu leisten.

Die Überweisung des Kostenersatzes wird erbeten auf das Konto Nr. _____
bei der _____

Datum

Unterschrift des Versicherten

Vermerke der Versicherungsanstalt:



**VK-20 RS
FORMAT A4
2 Blatt z. Durchschr.**

Die Durchschrift der Honorar-Note muß mindestens 7 Jahre aufbewahrt werden.

Name:

Adresse:

Beruf:

Alter:

Stand:

Krk.:

VS
FORMAT 21 x 13 cm

ÄZ 102 – RS
FORMAT 21 x 13 cm

Name:

Adresse:

Beruf:

Geb.-Datum:

Stand:

Krk.:

ÄZ 103 - RS

Name:

Adresse:

Beruf:

Alter:

Stand:

Krk.:

**ÄZ 104 – VS
FORMAT 21 x 17 cm**

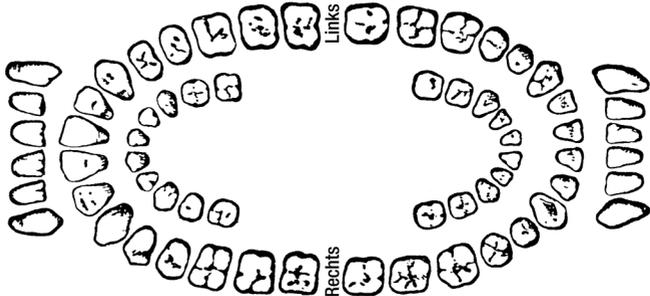
ÄZ 104 – RS
FORMAT 21 x 17 cm

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S Sch St T U V W X-Y Z

Name:
 Adresse:
 Beruf: Krk.-Kasse

Abrechnung

Datum der Note	Der Patient		soll bezahlen	Dat.	Zahn Nr.	Behandlung	Soll bezahlen
	am	hat bezahlt Betrag					
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>ÄZ 107 - VS FORMAT 21 x 15 cm KARTON</p> </div>							



**ÄZ 113 – VS
KARTON**

**ÄZ 113 – RS
KARTON**

Name:

Adresse:

Beruf:

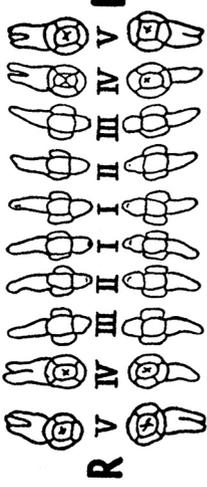
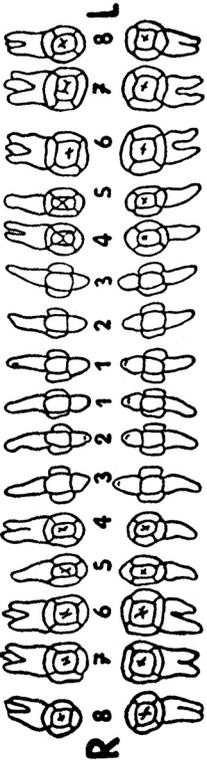
Alter:

Stand:

Krk.:

**ÄZ 114 – VS
KARTON
FORMAT A4**

**ÄZ 114 – RS
KARTON
FORMAT A4**



Name:

Adresse:

Geb.-Datum:

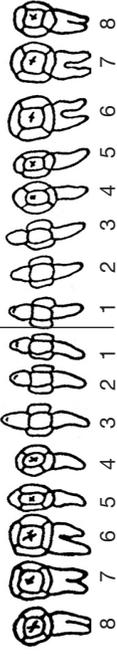
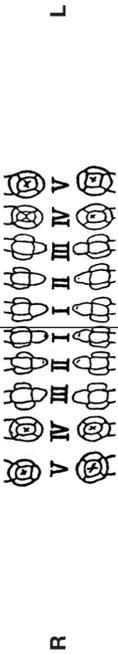
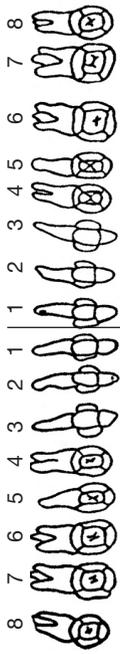
Tel.: KrK.:

Ehemann, Kind: Geb.-Datum:

Arbeitgeber:

Datum	Zahn-Nr.	Art der Behandlung	Soll bezahlen	Hat bezahlt	
				am	Betrag
	—	ÄZ 117 - VS KARTON FORMAT A5 QUER			
	—				
	—				
	—				
	—				
	—				
	—				
	—				
	—				
	—				

**ÄZ 119 – RS
KARTON
FORMAT 40 x 21 cm
2 x GEFALZT
1. FALZ = 12,5 cm
2. FALZ = 28,1 cm
ENDFORMAT
21 x 15,6 cm**



Name

Beruf

Anschrift

Telefon Kr.-Kassa

Prothetische Behandlung:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Dat.	Zahn Nr.	Dat.	Zahn Nr.
Behandlung	Behandlung	Behandlung	Behandlung
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>ÄZ 112 - VS KARTON FORMAT A5 QUER</p> </div>			

Behandlung	
Zahn Nr.	
Dat.	<p style="text-align: center;">ÄZ 112 – RS KARTON FORMAT A5 QUER</p>
Behandlung	
Zahn Nr.	
Dat.	

ÄrzteZentrale

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler e.U.
Inh.: Dr. Adelheid Kreiner-Rodler

Postadresse: A-1011 Wien, Postfach 155

**Wien 1., Helferstorferstraße 2 / Freyung 6
(im Schottenhof)**

www.aerztezentrale.co.at

DRUCKSORTEN

T +43 (0)1 531 16-25

F +43 (0)1 533 13 93

E verkauf@aerztezentrale.co.at

Gute Parkmöglichkeiten:
Kurzparkzone oder Freyung-Garage

Bitte geben Sie in Ihrem Interesse
– zwecks Portoersparnis –
größere Bestellungen auf.

Öffnungszeiten:

Montag – Donnerstag von 8.00 – 18.00 Uhr

Freitag von 8.00 – 17.00 Uhr

durchgehend geöffnet

Samstag geschlossen!

**Geänderte Sommeröffnungszeiten
Juli/August!**

ADRESSENVERLAG

T +43 (0)1 531 16-17

F +43 (0)1 532 12 82

E versand@aerztezentrale.co.at

Versand – Kopien – Vervielfältigungen –
Schnelldrucke
kurzfristig – schnell – preisgünstig

TELEFONZENTRALE

T +43 (0)1 531 16

F +43 (0)1 531 16-66

E service@aerztezentrale.co.at

ÄrzteZentrale

Telefonzentrale

(01) 531 16

*Ihr Telefonservice
österreichweit
12 Stunden am Tag*

