

Behörde	Zahnbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)		Behandelnder Arzt
Nr./AZ Bitte stets angeben!	gültig frühestens ab	für das Kal.-Vierteljahr	in
<p>Wichtiger Hinweis für den Zahnarzt *)</p> <p>Für den/die nebengenannte(n) Leistungsberechtigte(n) werden gemäß § 4 AsylbLG nur die unbedingt notwendigen Behandlungskosten übernommen, sofern die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich ist und keinen Aufschub duldet.</p> <p>Krankenhauseinweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, der vorherigen Zustimmung des Kostenträgers.</p> <p>Eine Versorgung mit Zahnersatz ist nur möglich, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.</p> <p>Das gilt auch für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen.</p> <p>Kosten für prothetische Leistungen und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen werden nur übernommen, wenn der Kostenträger der Behandlung zugestimmt hat.</p> <p>Transportkosten (Taxi etc.) werden nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen übernommen. Ungünstige Verkehrsbedingungen allein rechtfertigen nicht die Ausstellung einer ärztlichen Transportanweisung.</p>			Bitte beachten!
	Familienname, Vorname(n)		Für die Erbringung der Leistungen durch niedergelassene Zahnärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die
	Geburtsdatum		Name der Krankenkasse
	Straße, Nr.		in deren Bereich der Zahnarzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder bezahlt (vgl. § 4 Abs. 3 AsylbLG i. V. m. § 72 Abs. 2 SGB V).
	PLZ, Wohnort		Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Versicherungsvertrag Anwendung findet.
	Familienangehörige(r) von:		Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich nur über die kassenzahnärztliche Vereinigung.
	Familienname, Vorname(n)		Dieser Behandlungsschein gilt nur mit Unterschrift des Leistungsträgers.
	Geburtsdatum		Der Inhaber/Die Inhaberin dieses Behandlungsscheins unterfällt nicht der Zuzahlungspflicht nach §§ 61 f SGB V.
	Straße, Nr.		<input type="checkbox"/> Dieser Behandlungsschein ist nur gültig im/in/in der Bundesland, Landkreis, Stadt
	PLZ, Wohnort		Ort, Datum
Haushaltsstelle	Ort, Datum		Unterschrift/Stempel des Arztes
Haushaltsjahr	Ausstellende Behörde/Leistungsträger		
Beleg-Nr.	- Schreibgeschützt - Das Muster-Formular kann nur mit einer geringen Auflösung gedruckt werden. Für den Druck über 150 dpi benötigen Sie das lizenzierte Formular.		
	Unterschrift		

*) Sollten diese Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten ausgeschlossen.