

Bestellformular

Abrechnungsnummer: _____

Praxis-Name: _____

| Formular | Menge |
|---|-------|
| KCH Antrag Füllungstherapie | |
| KCH Rechnung Füllungstherapie | |
| KFO Behandlungspl./Therapieänder./Verlängerung für Nadeldrucker | |
| KFO Behandlungspl./Therapieänder./Verlängerung für Laserdrucker | |
| KFO Mitteilung Patient für Nadeldrucker | |
| KFO Mitteilung Patient für Laserdrucker | |
| ZE HKP Teil 1 für Nadel- und Laserdrucker | |
| ZE HKP Teil 2 | |
| Parodontalstatus Blatt 1 | |
| Parodontalstatus Blatt 2 | |
| Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch | |
| Begleitzettel zur Online-Abrechnung für Sonstige Kostenträger | |
| Begleitzettel zum Datenträger | |
| Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung | |
| Zahnärztliche Heilmittelverordnung | |
| Bonusheft | |
| Rezept | |
| Fehlende eGK | |
| PSI-Code für Erwachsene | |
| PSI-Code für Kinder | |
| Verordnung einer Krankenförderung | |
| Verordnung einer Krankenhausbehandlung | |
| Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes | |
| Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff | |

Bestellung an die KZV Sachsen per Mail poststelle@kzv-sachsen.de oder per Fax 0351 8053-153