

Behörde	<b>Zahnbehandlungsschein</b> für Leistungsberechtigte nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)		Behandelnder Arzt
Nr./AZ Bitte stets angeben!	gültig frühestens ab	für das Kal.-Vierteljahr	in
<p><b>Wichtiger Hinweis für den Zahnarzt *)</b></p> <p>Für den/die nebengenannte(n) Leistungsberechtigte(n) werden gemäß § 4 AsylbLG nur die unbedingt notwendigen Behandlungskosten übernommen, sofern die Behandlung <b>akuter</b> Erkrankungen und <b>Schmerzzustände</b> erforderlich ist und keinen Aufschub duldet.</p> <p><b>Krankenhauseinweisungen</b> bedürfen, abgesehen von Notfällen, der <b>vorherigen Zustimmung</b> 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 <b>prothetische Leistungen und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen</b> werden nur übernommen, wenn der Kostenträger der Behandlung zugestimmt hat.</p> <p><b>Transportkosten</b> (Taxi etc.) werden nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen übernommen. Ungünstige Verkehrsbedingungen allein rechtfertigen nicht die Ausstellung einer ärztlichen Transportanweisung.</p>	<p><b>Familienangehörige(r) von:</b></p> <p>Familienname, Vorname(n)</p> <p>Geburtsdatum</p> <p>Straße, Nr.</p> <p>PLZ, Wohnort</p>		<p><b>Bitte beachten!</b></p> <p>Für die Erbringung der Leistungen durch niedergelassene Zahnärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die</p> <div data-bbox="1139 320 1541 415" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Name der Krankenkasse</div> <p>in deren Bereich der Zahnarzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder bezahlt (vgl. § 4 Abs. 3 AsylbLG i. V. m. § 72 Abs. 2 SGB V).</p> <p>Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Versicherungsvertrag Anwendung findet.</p> <p>Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich nur über die kassenzahnärztliche Vereinigung.</p> <p>Dieser Behandlungsschein gilt nur mit Unterschrift des Leistungsträgers.</p> <p><b>Der Inhaber/Die Inhaberin dieses Behandlungsscheins unterfällt nicht der Zuzahlungspflicht nach §§ 61 f SGB V.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dieser Behandlungsschein ist nur gültig im/in/in der</p> <div data-bbox="1139 706 1541 796" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Bundesland, Landkreis, Stadt</div> <p>Ort, Datum</p>
Haushaltsstelle	Ort, Datum		Unterschrift/Stempel des Arztes
Haushaltsjahr	Ausstellende Behörde/Leistungsträger		
Beleg-Nr.	<p>- Schreibgeschützt - Das Muster-Formular kann nur mit einer geringen Auflösung gedruckt werden. Für den Druck über 150 dpi benötigen Sie das lizenzierte Formular.</p>		
	Unterschrift		

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