Dr. Michael Mustermann
Mustergasse 10
10000 Musterdorf

Musterdorf, ...
Bankverbindung
Ärztebank Musterdorf
BLZ 200 200 22 Kto.12 34 56

Sollte zur besseren Übersicht ausgefüllt werden.

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

Bitte Name und evtl. Prüflingsnummer eintragen:

_____

_____

vom Prüfungsausschuss auszufüllen

erreichte Punktzahl:_____

Privatliquidation

Für Ihre zahnärztliche Behandlung erlaube ich mir, folgendes in Rechnung zu stellen:

Behandlungs-datum	Zahn/Region	GOÄ-Nr./ GOZ-Nr.	Anzahl	Faktor	Begründung	Materialkosten in Euro
10.09.2017	24	0090		2,3		1,25
		2390		2,3		
		2360	2	3,5	1	
		2410	2	3,5	2	40,50
		Ä5000		2,5	3	
		...				
10.11.2017		0060		2,3		7,60
		...				
30.11.2017	24	2210		3,5	6	
		...				
25.12.2017		ÄD		1,0		
		Ä1		2,3		
		Ä5		2,3		
	41	Ä5000		1,8		