

Behörde
Landkreis Vorpommern-Greifswald
50 Sozialamt

Zahnbehandlungsschein
für Leistungsberechtigte nach § 4
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Behandelnder Arzt

Nr./AZ Bitte stets angeben!

gültig frühestens ab	für das Kal.-Vierteljahr
----------------------	--------------------------

in

Wichtiger Hinweis für den Zahnarzt *)

Für den/die nebengenannte(n) Leistungs-berechtigte(n) werden gemäß § 4 AsylbLG nur die unbedingt notwendigen Behand-lungskosten übernommen, sofern die Be-handlung **akuter** Erkrankungen und **Schmerzzustände** erforderlich ist und keinen Aufschub duldet.

Krankenhauseinweisungen bedürfen, ab-gesehen von Notfällen, der **vorherigen Zu-stimmung** des Kostenträgers.

Eine Versorgung mit Zahnersatz ist nur mög-lich, soweit dies im Einzelfall aus medizini-schen Gründen unaufschiebbar ist.

Das gilt auch für kieferorthopädische Behand-lungsmaßnahmen.

Kosten für **prothetische Leistungen** und **kie-ferorthopädische Behandlungsmaßnah-men** werden nur übernommen, wenn der Kos-tenträger der Behandlung zugestimmt hat.

Transportkosten (Taxi etc.) werden nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen übernommen. Ungünstige Verkehrsbeding-ungen allein rechtfertigen nicht die Aus-stellung einer ärztlichen Transportanweisung.

Nur Schmerzbehandlung!

Familienname, Vorname(n)

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Familienangehörige(r) von:

Familienname, Vorname(n)

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Ort, Datum

Ausstellende Behörde/Leistungsträger

Landkreis Vorpommern-Greifswald
Die Landrätin
Migrationszentrum
Spiegelsdorfer Wende Haus 2
17491 Greifswald

Unterschrift

Bitte beachten!

Für die Erbringung der Leistungen durch nieder-gelassene Zahnärzte besteht Anspruch auf Vergü-tung, welche die

Name der Krankenkasse

in deren Bereich der Zahnarzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder bezahlt (vgl. § 4 Abs. 3 AsylbLG i. V. m. § 72 Abs. 2 SGB V).

Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Ver-sorgungsvertrag Anwendung findet.

Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich nur über die kassenzahnärztliche Vereinigung.

Dieser Behandlungsschein gilt nur mit Unterschrift des Leistungsträgers.

Der Inhaber/Die Inhaberin dieses Behand-lungs-scheins unterfällt nicht der Zuzahlungspflicht nach §§ 61 f SGB V.

Dieser Behandlungsschein ist nur gültig im/in der Bundesland/Landkreis/Stadt

nur gültig im
LK Vorpommern-Greifswald

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Haushaltsstelle

Haushaltsjahr

Beleg-Nr.

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

68993
1.001
Bestell-Nr. 100 408 6108 001
Jüngling-gbb
Tel. 0 89/374 36-0 · Fax 0 89/374 36-344 · service@juenglingverlag.de

