Name Zahnarzt (übliches Logo)

Straße

Ort

Name Patient Name Hauptversicherter

SV-Nummer SV-Nummer

Adresse

Ort

Datum:…………..

**Honorarnote Nummer**

Mundhygiene Folgesitzung EUR………………..

(Dauer mind. 20 Minuten inkl. Vor- und Nacharbeitszeiten)

**HINWEIS**

Um den Zuschuss der Salzburger Gebietskrankenkasse für die Mundhygiene-Erstsitzung geltend zu machen, schicken Sie bitte die originale Honorarnote und den originalen Zahlungsbeleg an die Salzburger Gebietskrankenkasse. Geben Sie bitte gleichzeitig Ihre Bankverbindung (inkl. Name des Kontoinhabers) der Salzburger Gebietskrankenkasse bekannt.

Stempel und Unterschrift