

Datum:

Fakturanummer:

| | | | |
|----------------------------------|--|---------|--|
| Tandvårdsföretag | | | |
| Behandlande tandläkare/hygienist | | Org.nr | |
| Adress | | | |
| Postadress | | F-skatt | |
| Postgiro | | Telefon | |

Patient

| | | | | |
|--------|--|--|--------------|--|
| Namn | | | Personnummer | |
| Adress | | | Postadress | |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------|--|---|
| <input type="checkbox"/> N-tandvård | Kategori: | | <input type="checkbox"/> Intygsnummer: _____ |
| <input type="checkbox"/> S-tandvård | Kategori: | | <input type="checkbox"/> Förhandsbedömning: _____ |
| <input type="checkbox"/> F-tandvård | Kategori: | | |

Debitering

| Åtgärd nr | Tand nr | Diagnos-nr | Ersättnings-anspråk | Medgiven ersättning |
|-----------|---------|------------|---------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Åtgärd nr | Tand nr | Diagnos-nr | Ersättnings-anspråk | Medgiven ersättning |
|-----------|---------|------------|---------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
| |

| | | | |
|---------------------|-------|--|--|
| Ersättning brutto | | | |
| Avgår patientavgift | | | |
| Ersättning netto | | | |

Frikortsinformation:

Nummer: _____

Giltighetstid: _____

| |
|-------------------------|
| Vårdgivarens underskift |
|-------------------------|

| | |
|----------------------|-------------------|
| Första besöksdatum | Sista besöksdatum |
| | |
| Antal patientbesök | |
| Avgiftsbelagda besök | |
| Frikortsbesök | |

| | | | | |
|----------|-------|--------------------|------|-------------|
| Koll | | Godkänd prestation | | Huvudattest |
| K-ställe | Konto | Ukonto | Stat | Kronor |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |