Zahnarztpraxis Dr. Ritter
Mustergasse 10, 10000 Musterdorf

Musterdorf, ...
Bankverbindung, Ärztebank Musterdorf
IBAN DE12 1234 5678 9123 4567 89

Sollte zur besseren Übersicht ausgefüllt werden.

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

Privatliquidation

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

Behandlungs-datum	Zahn/Region	GOÄ-Nr./ GOZ-Nr.	Anzahl	Steigerungs-faktor	Begründung	Materialkosten in Euro

Behandlungs-datum	Zahn/Region	GOÄ-Nr./ GOZ-Nr.	Anzahl	Steigerungs-faktor	Begründung	Materialkosten in Euro