



GOZ-Anfrage

Fax: 0421 33303-23

Praxisadresse/Praxisstempel

Bitte zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.

Versichertenstatus

Privatpatient

Kassenpatient

Kostenträger

Name der PKV

Beihilfestelle

Name Zusatzversicherung

Berechnungsgrundlage

GOZ-Nummer

GOÄ-Nummer

Analog-Nummer

Analoggebühr für

Sonstiges

Inhalt des Erstattungsschreibens der PKV (in Stichworten)

Erstattungsschreiben liegt der Zahnarztpraxis vor Ja Nein

Erstattungsschreiben wird beigelegt Ja Nein