

Dr. Michael Mustermann
 Mustergasse 10
 10000 Musterdorf

Musterdorf,
 Bankverbindung
 Ärztebank Musterdorf
 BLZ 200 200 22 Kto.12 34 56

Sollte zur besseren Übersicht ausgefüllt werden.

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

**Bitte Name und evtl.
 Prüflingsnummer eintragen:**

vom Prüfungsausschuss auszufüllen

erreichte Punktzahl: _____

Privatliquidation

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

Behandlungs- datum	Zahn/Region	GOÄ-Nr./ GOZ-Nr.	Anzahl	Faktor	Begründung	Materialkosten