



Zahnbehandlungsschein

für die **zahnärztliche Notfallbehandlung** nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz.
Leistungen werden nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen gewährt.

Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dieses im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist und der jeweilige Kostenträger vorher seine Genehmigung erteilt.

Geltungszeitraum (bitte ankreuzen):

bis Ende des laufenden Quartals oder bis zum _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

z.Zt. wohnhaft in: _____
Straße und Hausnummer, PLZ und Ort der Unterkunft

Kostenträgerabrechnungsnummer Bezirksregierung: 913 000 178 610 0

Name u. Anschrift des Zahnarztes: _____ oder **Stempel des Zahnarztes:** _____

Name des Zahnarztes

Straße und Hausnr. des Zahnarztes

PLZ und Ort des Zahnarztes

Die Bezirksregierung Düsseldorf übernimmt die Kosten der Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Die Abrechnung erfolgt gemäß KZV-Vertrag Land/ KZVNO u. KZVWL mit Stand 31.03.2016 über die zuständige KZV. Der Rechnung ist der Zahnbehandlungsschein beizufügen.

Ausstellungsort und Datum

Unterschrift eines Mitarbeiters der Unterkunft

Kontakt zur Krankenhilfestelle für Flüchtlinge bei der Bezirksregierung Düsseldorf:

Hotline 0211 / 475 – 10 88
Telefax 0211 / 87565 1031595
E-Mail Dez20.Kostenhilfe@brd.nrw.de

Auskunftszeiten der Hotline:
Montag bis Freitag von 09:00 bis 12:00 Uhr