## Zahnbehandlungs-**STADT AUGSBURG** Amt für Soziale Leistungen ausweis Az. MUSTER !!!

Kassen-Nr.

91100 7012 800

Gültigkeitsdauer/Quartal:

Für Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Der innaber dieses Benandlung		gt mont acr zaza	amangapin	ont naon 3	
Bitte beachten:	Name:				interne Vermerke des Sozial- hilfeträgers (SHT):
Der Leistungsrahmen für den Patienten umfasst nur die zur Behandlung <b>akuter Erkrankungen</b> und	Vorname:				
Schmerzzustände notwendigen Kosten.	Geburtsdatum:				
Eine Versorgung mit <b>Zahnersatz</b> ist nur möglich, wenn sie im Einzelfall unaufschiebbar ist. Die Kos-	Straße, HsNr.:				
tenübernahme für prothetische Leistungen sind nach dem dazu erforderlichen <b>Behandlungsplan geson-</b>	PLZ, Wohnort				
dert zu beantragen.  Für die Leistungen durch Zahnärzte besteht Anspruch auf Vergütung nach den am Ort der Nieder-	Name, Vorname des Haushaltsvorstands:				
lassung des Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 SGB V.					
Dieser Zahnbehandlungsausweis gilt <b>nicht für Überweisungen</b> . Ist eine Behandlung/Untersuchung durch einen anderen Zahnarzt notwendig, stellt das Amt für Soziale Leistungen der Stadt Augsburg einen weiteren Behandlungsausweis aus.	Augsburg,				Kassenarztstempel:
Während der Gültigkeit dieses Behandlungsausweises ist ein Zahnarztwechsel nur mit schriftlicher Genehmigung der Stadt Augsburg, Amt für Soziale Leistungen, nach Anhörung des behandelnden Zahnarztes möglich.					
Dieser Zahnbehandlungsschein ist nur gültig mit Unterschrift und Stempel in blauer Farbe!	MUS'	ΓER	!!!		
	Amtsstempel, Unterschrift o	d. Sachbearbeiters/in			– Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin
			Outside	1/1-1	Ifal Nia
			Quarta	200	Ifd. Nr.  Blatt Nr.
Datum Zahn Leistung	Bemerkungen	Datum	Zahn	Leistung	Bemerkungen
	nnnnn I				
					UL ULUUU OO OOOOO