

Dokumentation und Abrechnung zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe



Arbeitskreis Zahngesundheit
in der StädteRegion Aachen
Tierer Straße 1
52078 Aachen

Name und Anschrift der Zahnarztpraxis:

Bank:
BIC: IBAN:

Bitte für jede Gruppe oder Klasse einen eigenen Bogen vollständig ausfüllen!

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Datum der Maßnahme: ____ . ____ . ____

Kita-Gruppe: _____
(z. B. Bärengruppe, blaue Gruppe ...)

Schulklasse: _____
(z. B. 1a, ...)

Maßnahme:

- Praxisbesuch
- Besuch der Einrichtung/Schule
- Elterninformation/-abend
- Sonstiges

Durchführende(r):

- Zahnarzt/-ärztin
- Zahnarzthelferin
- ZMF

Gruppen- oder Klassenstärke:

_____ Soll (Gesamtzahl)

_____ Ist (tatsächlich Anwesende)

_____ integrativ

_____ Anzahl der Eltern (bei Elternveranstaltungen)

Anzahl der Kinder bei:

_____ theoretischer Unterweisung¹
(Mundhygiene, Fluoridierung, Motivation zum Zahnarztbesuch, Ernährungsberatung)

_____ praktischer Unterweisung (Zähne geputzt)

_____ Ernährungsberatung

Beginn und Ende der Maßnahme:

(einschließlich Fahrzeiten)

von _____ Uhr bis _____ Uhr

zurückgelegte Kilometer: _____

(einfache Entfernung zwischen Praxis und Einrichtung)

Bestätigung der Richtigkeit durch Einrichtung:

Stempel und Unterschrift

Bitte wenden

Zusätzliche Angaben, die aus versicherungstechnischen Gründen notwendig sind:

(bitte nur angeben, wenn zum Besuch der Einrichtung ein privates Kraftfahrzeug benutzt wurde)

Beim Besuch der o. g. Einrichtung wurde das Kraftfahrzeug mit dem amtlichen Kennzeichen

_____ benutzt.

Vor- und Zuname des Kfz-Halters

Vor- und Zuname des/der Betriebsangehörigen, der/die Gruppenprophylaxe durchgeführt hat

(sofern nicht identisch mit Kfz-Halter)

Datum, Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes

Wird durch den Arbeitskreis ausgefüllt:

**Berechnung der durch den Arbeitskreis Zahngesundheit zu zahlenden Aufwands-
entschädigung (§ 4 Anl. 1 der Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe
in der StädteRegion Aachen)**

insgesamt _____ Zahnarzt/-ärztinstunden x _____ € = _____ €

insgesamt _____ Zahnarztthelferinnenstunden x _____ € = _____ €

Gesamtkilometer _____ x 0,30 € = _____ €

Gesamtbetrag = _____ €

Festgestellt

Datum, Unterschrift