

# DIE ZAHNARZTPRAXIS STRALSUND

**Dr. med. dent. Stefanie Motz**

**Sarnowstraße 52  
18435 Stralsund**

Abs.: Dr. med. dent. Stefanie Motz, Sarnowstraße 52, 18435 Stralsund

Herrn  
David Goerke  
Heinrich-v.-Stephan-Str. 55

18435 Stralsund

Fon: 03831 / 39 41 78  
Fax: 03831 / 39 01 77

Mail: [info@die-zahnarztpraxis-stralsund.de](mailto:info@die-zahnarztpraxis-stralsund.de)

Rechnung Nr. 25050593

Datum: 15.10.2025

Seite: 1

Patient: David Goerke

Aufgrund der Mehrkostenvereinbarung für Füllungen im Seitenzahnbereich erlaube ich mir, folgende Beträge gemäß §§ 5,9 GOZ in Verbindung mit §28 Abs.2 SGB V in Rechnung zu stellen:

Datum	Zähne	Geb.-Nr.	Bezeichnung	Anz	Faktor	Betrag
15.10.2025	36	0723	Zahnfarbenbestimmung	1	2,3000	6,56
	36	2010a	Kavitätendesinfektion, Reinigen und Desinfizieren von präparierten Flächen entspr. §6 Abs. 1 Behandlung überempfindlicher Zahnflächen	1	2,3000	6,47
	36	2080	(od) Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	1	3,5000	109,45
	36	2030	Erhöhter Zeitaufwand, aufgrund eingeschränkter Mundöffnung Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z.B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	1	2,3000	8,41

<b>Zahnarzthonorar</b>	<b>EUR</b>	<b>130,89</b>
<b>abzüglich Kassenanteil</b>	<b>EUR</b>	<b>-52,05</b>
<b>Rechnungsbetrag</b>	<b>EUR</b>	<b>78,84</b>

umsatzsteuerfrei nach §4 Nr.14a UStG

Bitte begleichen Sie den Rechnungsbetrag bis spätestens zum 14.11.2025.

BEZAHLT

15.11.2025



Bankverbindung:

apoBank Düsseldorf / BIC: DAAEDEDXXX / IBAN: DE32 3006 0601 0007 5551 06