

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

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 entsprech. §6 Abs. 1 Behandlung überempfindlicher Zahnläden	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 Erhöhter Zeitaufwand, aufgrund eingeschränkter Mundöffnung	1	3,5000	109,45
	36	2030	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
				Zahnarzthonorar	EUR	130,89
				abzüglich Kassenanteil	EUR	-52,05
				Rechnungsbetrag	EUR	78,84

umsatzsteuerfrei nach §4 Nr.14a UStG

Bitte begleichen Sie den Rechnungsbetrag bis spätestens zum 14.11.2025.

BEZAHLT

15.10.2025

Bankverbindung:

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