|  |  |
| --- | --- |
| Patientens namn | Patientens personnummer |
|       |       |
| Datum | Klockslag |
|       |       |

|  |
| --- |
| Behandlingens innehåll |
|       |
| Debitering |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Fast avgift 650 kronor | Ev. jourtillägg 300 kronor |
|  |
| Att utbetala       kronor |

|  |  |
| --- | --- |
| Leg. Tandläkare/klinik | Organisationsnummer |
|       |       |
| Utdelningsadress | Postadress |
|       |       |
| Postgiro | Bankgiro |
|       |       |
| Kostnadsställe hos Praktikertjänst (i förekommande fall) |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Underskrift |
|       |  |

## Tandvårdsräkningen sänds till ansvarig vårdgivare.