Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr. 999999991	Datum

Abrechnung PAR-Therapie

☐ **Systematische PAR-Therapie**

PAR-Status vom _____ [1)]

☐ **PAR-Behandlung Versicherte § 22a SGB V**

Anzeige vom _____ [2)]

Tag der erbrachten Leistung (TT.MM.JJJJ)	Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Punkte gesamt