

Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Stadt- und Landkreis Kaiserslautern; Steinstr. 32; 67657 Kaiserslautern

von Herrn/Frau.....Telefon-Nr.
(Name des/der abrechnenden Zahnarztes/Zahnärztin)

PLZ Wohnort Str.

IBAN Bank

Herr/Frau hat in der **Schule**
(Name der Prophylaxefachkraft)

folgende Unterrichtsstunden erbracht. Die Untersuchung sowie die Fluoridlack-Touchierung kann nur durch den/die Zahnarzt/Zahnärztin erfolgen!

3. Besuch (ca. Mai bis Juli im Schuljahr)

Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.	
		Unter- suchung	Unter- richt
	Summe:	①	②

Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.	
		Fluori- dierung	Unter- richt
Summe:		①	②

Datum	Klasse (z. B. 1a) pro Klasse eine Zeile ausfüllen	Anzahl der Schulstd.	
		Unter- suchung	Fluori- dierung/ Unterricht
	Summe:	①	①

(max. 4 Schulstd. pro Schuljahr und Schule abrechenbar)

Datum	Anzahl der Schulstd.
	②

Bestätigung der/des Zahnärztin/-arztes
Datum, Stempel, Unterschrift

Aus abschlusstechnischen Gründen muss die Abrechnung der geleisteten Schulstunden (für jede Schule getrennt) bis spätestens zum Ende des Kalenderjahres erfolgen. Soweit durch den Erhalt der Vergütung Steuerpflicht entsteht, obliegt Ihnen die Abführung der Steuer selbst.

wird von der AGZ ausgefüllt

Anz. der Std.①	€/h	Gesamt①
_____ x _____	_____ €/h	_____ €
Anz. der Std.②		Gesamt②
_____ x _____		_____ €
Auszahlungsbetrag	Summe①+②:	€

Rechnung geprüft - Beleg-Nr. _____

Betrag: _____ € Buchungskto. _____

sachl. u. rechn. richtig: _____

geprüft: _____

überwiesen am: _____