

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.