



# Tandvårdsfaktura Barn och ungdomstandvård

## Tandreglering

Fakturadatum:

Fakturanummer (vårdgivarens):

### Skickas till:

Region Skåne, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Er referens: TANDBOU, 205 01 Malmö

### Allmänna uppgifter Vårdgivare

Vårdgivare:

Enhet:

Adress:

Postadress:

Telefon (inkl. riktnummer):

### Fakturauppgifter

Innehar F-skattsedel      Ja      Nej

Plusgiro:

Bankgiro:

Organisationsnummer/personnummer:

Behandlare:

**Tandreglering - Allmäntandvård**

Datum	Personnummer	Namn	Åtgärd	Belopp
<b>Summa:</b>				

**Tandreglering - Specialisttandvård**

Datum	Personnummer	Namn	Åtgärd	Belopp
<b>Summa:</b>				

**Övrigt arvode inom Ortodonti**

Datum	Avser	Namn	Åtgärd	Belopp
<b>Summa:</b>				

**Summa total:**