

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

ОПРОС К  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ  
(АБФРАГЕ ЗУР  
ПРОФЫЛАХЕБЕАНДЛУНГ)



– Также к предоставлению у Вашего домашнего зубного врача! –  
(– Auch zur Vorlage bei Ihrem Hauszahnarzt! –)

Abrechnungsstempel der/des  
behandelnden Kieferorthopädin/en

Домашний зубной врач моего ребенка:  
(Der Hauszahnarzt meines Kindes ist:)

---

Профилактика уже проводится домашним зубным врачом моего ребенка:  
(Die Prophylaxe wird bereits vom Hauszahnarzt meines Kindes durchgeführt.)

У моего ребенка никакая профилактика домашнего зубного врача не проводится  
(Bei meinem Kind wird keine Prophylaxe vom Hauszahnarzt durchgeführt.)

У моего ребенка нет домашнего зубного врача:  
(Mein Kind hat keinen Hauszahnarzt.)

Я информирую лечащего стоматолога-ортодонта моего ребенка немедленно, если домашний зубной врач должен будет начать профилактическое лечение  
(Ich informiere die behandelnde Kieferorthopädin/den behandelnden Kieferorthopäden meines Kindes umgehend, wenn der Hauszahnarzt eine Prophylaxebehandlung beginnen sollte.)

Дата  
(Datum)

Подпись уполномоченного лица  
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)