

..... (Name Patient)

..... (Anschrift)

.....

.....

(Datum)

An die
Geschäftsstelle der (Krankenkasse)

.....

.....

.....

Anweisung an Krankenkasse

Hiermit weise ich, _____ (Name des Patienten und
Versicherungsnummer)

Sie an, direkt an _____ (behandelnde Zahnärztin/behandelnder Zahnarzt)

den mir als gesetzlichen Erstattungsanspruch aus der Behandlung vom
_____ ,

Liquidations-Nr. _____ zustehenden Betrag auf das Konto meiner
Zahnärztin/

meines Zahnarztes, Kto.-Nr.: _____, BLZ _____,

Bankinstitut: _____ zu überweisen.

(Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)