

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

ABFRAGE ZUR PROPHYLAXEBEHANDLUNG



– Auch zur Vorlage bei Ihrem Hauszahnarzt! –

Abrechnungstempel der/des
behandelnden Kieferorthopädin/en

Der Hauszahnarzt meines Kindes ist: _____

Die Prophylaxe wird bereits vom Hauszahnarzt meines Kindes durchgeführt.

Bei meinem Kind wird **keine** Prophylaxe vom Hauszahnarzt durchgeführt.

Mein Kind hat keinen Hauszahnarzt.

Ich informiere die behandelnde Kieferorthopädin/den behandelnden Kieferorthopäden meines Kindes umgehend, wenn der Hauszahnarzt eine Prophylaxebehandlung beginnen sollte.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten