

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

PROFILAKSI FORM KAGIDI
(ABFRAGE ZUR
PROPHYLAXEBEHANDLUNG)



– Bu form kağıdı diş hekiminiz için de geçerlidir! –
(– Auch zur Vorlage bei Ihrem Hauszahnarzt! –)

Abrechnungstempel der/des behandelnden Kieferorthopädin/en

Çocuğumun diş hekimi:
(Der Hauszahnarzt meines Kindes ist:)

Diş hekimi tarafından çocuğuma profilaksi tedavisi uygulanıyor
(Die Prophylaxe wird bereits vom Hauszahnarzt meines Kindes durchgeführt.)

Diş hekimi tarafından çocuğuma profilaksi tedavisi **uygulanmıyor**
(Bei meinem Kind wird **keine** Prophylaxe vom Hauszahnarzt durchgeführt.)

Çocuğum bir diş hekimi yok
(Mein Kind hat keinen Hauszahnarzt.)

Çocuğuma diş hekimi tarafından profilaksi tedavisi uygulandığı takdirde, derhal tedavi gördüyü ortodontisti bilgilendireceğim (Ich informiere die behandelnde Kieferorthopädin/den behandelnden Kieferorthopäden meines Kindes umgehend, wenn der Hauszahnarzt eine Prophylaxebehandlung beginnen sollte.)

Tarih
(Datum)

Velilin imzası
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)