

\_\_\_\_\_  
(Name Patient/in)  
\_\_\_\_\_  
(Anschrift)  
\_\_\_\_\_  
Datum

An die Geschäftsstelle der (Krankenkasse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Zahlungsanweisung an die 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, Konto-Nummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_ zu überweisen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters