

..... (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,

IBAN: _____,

BIG: _____,

Bankinstitut: _____
zu überweisen.

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