

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

## ABFRAGE ZUR PROPHYLAXEBEHANDLUNG



– Auch zur Vorlage bei Ihrem Hauszahnarzt! –

Abrechnungsstempel 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