

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

CONSULTATION FOR
PROPHYLAXIS TREATMENT
(ABFRAGE ZUR
PROPHYLAXEBEHANDLUNG)



– Also for presentation to your family dentist! –
(– Auch zur Vorlage bei Ihrem Hauszahnarzt! –)

Abrechnungsstempel der/des
behandelnden Kieferorthopädin/en

The family dentist of my child is:

(Der Hauszahnarzt meines Kindes ist:)

The prophylaxis is performed by the family dentist of my child.

(Die Prophylaxe wird bereits vom Hauszahnarzt meines Kindes durchgeführt.)

The prophylaxis is not performed by the family dentist of my child.

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

My child does not have a family dentist.

(Mein Kind hat keinen Hauszahnarzt.)

I will inform the orthodontist if the family dentist starts a prophylaxis treatment on my child.

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

Date

(Datum)

Legal guardian Signature

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)