

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

ОПРОС К
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ
(ABFRAGE ZUR
PROPHYLAXEBEHANDLUNG)



– Также к предоставлению у Вашего домашнего зубного врача! –
(– Auch zur Vorlage bei Ihrem Hauszahnarzt! –)

Abrechnungsstempel der/des
behandelnden Kieferorthopädin/en

Домашний зубной врач моего ребенка:
(Der Hauszahnarzt meines Kindes ist:)

Профилактика уже проводится домашним зубным врачом моего ребенка:
(Die Prophylaxe wird bereits vom Hauszahnarzt meines Kindes durchgeführt.)

У моего ребенка **никакая** профилактика домашнего зубного врача не проводится
(Bei meinem Kind wird **keine** Prophylaxe vom Hauszahnarzt durchgeführt.)

У моего ребенка нет домашнего зубного врача:
(Mein Kind hat keinen Hauszahnarzt.)

Я информирую лечащего стоматолога-ортодонта моего ребенка немедленно, если домашний зубной врач должен будет начать профилактическое лечение
(Ich informiere die behandelnde Kieferorthopädin/den behandelnden Kieferorthopäden meines Kindes umgehend, wenn der Hauszahnarzt eine Prophylaxebehandlung beginnen sollte.)

Дата
(Datum)

Подпись уполномоченного лица
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)