

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-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