

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

PROFILAKSI FORM KAGIDI  
(ABFRAGE ZUR  
PROPHYLAXEBEHANDLUNG)



– Bu form kağıdı diş hekiminiz için de geçerlidir!  
(– Auch zur Vorlage bei Ihrem Hauszahnarzt! –)

Abrechnungstempel der/des behandelnden Kieferorthopädin/en
---

Çocuğumun diş hekimi:  
(Der Hauszahnarzt meines Kindes ist:)

---

Diş hekimi tarafından çocuğuma profilaksi tedavisi uygulanıyor  
(Die Prophylaxe wird bereits vom Hauszahnarzt meines Kindes durchgeführt.)

Diş hekimi tarafından çocuğuma profilaksi tedavisi uygulanmıyor  
(Bei meinem Kind wird keine Prophylaxe vom Hauszahnarzt durchgeführt.)

Çocuğum bir diş hekimi yok  
(Mein Kind hat keinen Hauszahnarzt.)

Çocuğuma diş hekimi tarafından profilaksi tedavisi uygulandığı takdirde, derhal tedavi gördüyü ortodontisti bilgilendireceğim (Ich informiere die behandelnde Kieferorthopädin/den behandelnden Kieferorthopäden meines Kindes umgehend, wenn der Hauszahnarzt eine Prophylaxebehandlung beginnen sollte.)

Tarih  
(Datum)

Velilin imzasi  
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)