

_____ (Name Patient)

_____ (Datum)

_____ (Anschrift)

_____ (Versichertennummer)

An die Geschäftsstelle der (Krankenkasse)

Anweisung an die Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit weise ich Sie an, den mir aus dem genehmigten Heil- und Kostenplan vom _____

als gesetzlichen Erstattungsanspruch gem. § 55 SGB V zustehenden Betrag in Höhe von _____

_____ (Rechnung Nr.)

auf das Konto der

Praxis _____ (Name der Praxis)

_____ (Anschrift der Praxis)

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

zu überweisen.

Berlin, den _____

(Unterschrift der/des Versicherten bzw.
der/des gesetzl. Vertreterin/Vertreters)

Von der Praxis auszufüllen:

Die oben genannte Bankverbindung wird bestätigt.

Berlin, den _____

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes

KZV-Abrechnungstempel