**Erstattung kieferorthopädische Behandlung**

Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung bei

Versichertennummer: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Wohnhaft: _____

An wen sollen die Eigenanteile erstattet werden?

☐ Mutter des Kindes

☐ Vater des Kindes

☐ ein anderer Empfänger

Angaben zur Bankverbindung

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: _____

Ggf. BIC: _____

Bei geschiedenen oder getrennt leben Elternteilen ist die Unterschrift beider Eltern auf diesem Formular erforderlich.

Bitte fügen Sie dem Antrag die Abschlussbescheinigung des Kieferorthopäden und die letzten beiden Eigenanteilsrechnungen hinzu.

_____

Datum Unterschrift Telefonnummer für Fragen

Hinweis:

Ihre Angaben werden zu Informations- und Beratungszwecken bis auf Widerruf gespeichert und genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Alle Angaben sind freiwillig.