

Ordinationsstempel

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG / KOSTENZUSCHUSS

für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung

Ort, Datum

Für die heutige zahnmedizinische Behandlung meines Patienten/meiner Patientin

Vorname

Zuname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer (10-stellig)

ggf. Name Hauptversicherte:r

ggf. SV-Nummer Hauptversicherte:r

habe ich mir erlaubt, diesem/dieser einen Betrag in Höhe der beigefügten Honorarnote zu verrechnen.

Mein Patient/Meine Patientin ersucht um Überweisung des Erstattungsbetrags auf nachfolgende Kontoverbindung:

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

Unterschrift Kontoinhaber:in

Diesem Antrag **beigefügt** sind

- Honorarnote über die erbrachte zahnmedizinische Leistung
- Beleg über die erfolgte Zahlung des Patienten/der Patientin

Ort

Datum

Unterschrift Patient:in