

Anschrift Krankenkasse

Praxisstempel

Meldung gemäß § 294a Abs. 2 i. v. m. § 52 Abs. 2 SGB V Selbstverschulden einer Krankheit

Es bestehen Anhaltspunkte, dass sich mein(e) Patient(in)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Versichertennummer

durch (Zutreffendes ankreuzen)

- eine nicht indizierte ästhetische Operation,
- eine Tätowierung oder
- ein Piercing

einen gesundheitlichen Schaden zugezogen hat. Nachfolgend genannte notwendige vertragszahnärztliche Leistungen habe ich aufgrund dessen erbracht:

Meiner gesetzlichen Informationspflicht gegenüber dem vorgenannten Patienten bin ich nachgekommen.

Ort, Datum, Unterschrift der/des Zahnärztin/Zahnarztes