Krankenkasse bzw. Kostenträge	r		Krankenkasse bzw. Kostentr	räger			
Name, Vorname des Versicherte	en		Name, Vorname des Versich	nerten			
		geb. am			geb. am		
Kostenträgernummer	Versicherten-Nr.	Status	Kostenträgernummer	Versicherten-Nr.	Status		
\	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum		Vertragszahnarzt-Nr.	Datum		
Fehlende eGK/fehlender Behandlungsschein			Fehlende e	Fehlende eGK/fehlender Behandlungsschein			
EI	rklärung de	es Patienten		Erklärung (des Patienten)	
Bestätigung über Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen			Bestätigung ül Leistungen	Bestätigung über Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen			
Ich bestätige, dass ich heute zu Lasten der oben genannten Krankenkasse zahnärztliche Behandlung in Anspruch genommen habe und daher verpflichtet bin, eine für die Behandlungszeit gültige elektronische Gesundheitskarte oder einen gültigen Versicherungsnachweis innerhalb einer Frist von höchstens 10 Tagen nachzureichen. Ich weiß, dass ich ohne einen gültigen Versicherungsnachweis als Privatpatient behandelt werde und eine Liquidation als Privatpatient erhalte.			Krankenkasse z habe und daher gültige elektroni Versicherungsn 10 Tagen nachz Versicherungsn	Ich bestätige, dass ich heute zu Lasten der oben genannten Krankenkasse zahnärztliche Behandlung in Anspruch genommen habe und daher verpflichtet bin, eine für die Behandlungszeit gültige elektronische Gesundheitskarte oder einen gültigen Versicherungsnachweis innerhalb einer Frist von höchstens 10 Tagen nachzureichen. Ich weiß, dass ich ohne einen gültigen Versicherungsnachweis als Privatpatient behandelt werde und eine Liquidation als Privatpatient erhalte.			
Unterschrift des P	atienten		Unterschrift des	s Patienten			
 Datum		Praxisstempel/Unterschrift	 Datum	_	Praxisstem	pel/Unterschrift	