

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgernummer	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgernummer	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

Fehlende eGK/fehlender Behandlungsschein
-----Erklärung des Patienten-----

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.

 Unterschrift des Patienten

 Datum

 Praxisstempel/Unterschrift

Fehlende eGK/fehlender Behandlungsschein
-----Erklärung des Patienten-----

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.

 Unterschrift des Patienten

 Datum

 Praxisstempel/Unterschrift