


Anlage zum eFormular auf Erstattung der Eigenanteile zur kieferorthopädischen Behandlung von

Allgemeine Angaben der versicherten Person

Nachname Kind	Geburtsdatum Kind
Vorname Kind	Krankenversicherthenummer Kind

Zur Information: Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist stets die Unterschrift beider Eltern in diesem Antrag erforderlich.

Datum	Unterschrift 1. Elternteil
Datum	Unterschrift weiterer Elternteil
Datum	Unterschrift Patient (Kind), wenn über 16 Jahre* 

*Die Unterschrift eines Jugendlichen über 16 Jahren ist aus Gründen des Datenschutzes notwendig.