

Krankenkasse bzw. sonstiger Kostenträger:

Name, Vorname des Versicherten:

geb. am:

Kassen-Nr.:

Versicherten-Nr.:

Status:

Vertragszahnarzt-Nr.:

VK gültig bis:

Datum:

## **Patientenerklärung**

### **Zahnärztliche Behandlung bei fehlendem Versicherungsnachweis**

Ich wurde am \_\_\_\_\_ zahnärztlich behandelt. Eine elektronische Gesundheitskarte bzw. einen Versicherungsnachweis einer Krankenkasse habe ich der Zahnarztpraxis für diese Behandlung nicht vorgelegt.

Ich bin verpflichtet, innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach Inanspruchnahme der Behandlung, eine elektronische Gesundheitskarte oder einen schriftlichen Versicherungsnachweis meiner Krankenkasse nachzureichen.

Ohne gültigen Versicherungsnachweis ist die Zahnarztpraxis berechtigt, mich als Privatpatienten zu behandeln und von mir eine Privatvergütung zu verlangen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Datum, Praxisstempel/Unterschrift