

Antrag um Kostenrückerstattung

Schulzahnärztlicher Untersuch bei Privatzahnarzt

Name, Vorname Kind 1: _____

Name, Vorname Kind 2: _____

Name, Vorname Kind 3: _____

Wohnadresse: _____

Datum des Zahnuntersuchs: _____

Name Zahnarzt: _____

Adresse Zahnarzt: _____

Kostenrückerstattung an

Finanzdienstleister: _____

IBAN: _____

Konto lautend auf: _____

Dem Antrag sind zwingend beizulegen

- Kopie der Zahnarztrechnung
- Zahlungsnachweis (Finanzdienstleister)
- Leistungsabrechnung der Krankenkasse

Datum: _____ Unterschrift: _____