

Antrag auf Erstattung der kieferorthopädischen Eigenanteile

Kieferorthopädische Behandlung von (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	Straße	Nr.
Versichertennummer	PLZ	
Geburtsdatum	Ort	

An wen sollen die Eigenanteile erstattet werden?

- Mutter des Kindes*
- Vater des Kindes*
- An den Versicherten der kieferorthopädisch behandelt wurde
- Ein anderer Empfänger

* Bei getrennt lebenden Elternteilen ist die Unterschrift beider Eltern auf diesem Antrag zwingend erforderlich.

An wen sollen die Eigenanteile erstattet werden?

Name, Vorname Kontoinhaber
IBAN
Name der Bank

Die Richtigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum und Ort

Unterschrift des Kindes (wenn über 15 Jahre)

Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgabe für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V.