

**HEK - Hanseatische Krankenkasse  
Zahnmedizinisches Zentrum  
22039 Hamburg**

**Rücksendung per Fax bitte an 040-65696-2625  
oder per Service-App**

**Erstattung der Eigenanteile zur kieferorthopädischen Behandlung**

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

Die gezahlten Eigenanteile sollen erstattet werden an:

- das Kind beziehungsweise Jugendlichen
- die Mutter
- den Vater
- andere\_r Empfänger\_in

Angaben zur Bankverbindung:

Kontoinhaber_in	Anschrift abweichende_n Kontoinhaber_in	
Kreditinstitut		
IBAN		BIC

\_\_\_\_\_  
Datum, Vor- und Nachname

Bei minderjährigen Kindern gilt: Unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt er\_sie mit dieser Unterschrift, dass ihm\_ihr das Sorgerecht allein zusteht oder er\_sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.