

HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahnmedizinisches Zentrum
22039 Hamburg

Tipp: schnell und sicher über unsere
HEK Service-App zurücksenden

Erstattung zur kieferorthopädischen Behandlung von:

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

Wer soll die Erstattung erhalten? Bitte ankreuzen:

- die behandelte Person
- die Mutter
- der Vater
- andere Empfänger

Angaben zur Bankverbindung:

Kontoinhabende Person	Versichertennummer
Vorname und Name sowie Anschrift der Kontoinhabenden Person (falls abweichend)	
IBAN	

Erforderliche Unterschriften sind:

Bei minderjähriger behandelter Person: Die Eltern oder die gesetzliche Vertretung.
Bei volljähriger behandelter Person: Die behandelte Person selbst.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Für minderjährige Kinder gilt: Bei Unterschrift von nur einem Elternteil wird bestätigt, dass das alleinige Sorgerecht besteht oder dass im Einverständnis mit dem anderen Elternteil gehandelt wurde.

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