

HEK - Hanseatische Krankenkasse  
Zahnmedizinisches Zentrum  
22039 Hamburg

**Erstattung der Eigenanteile zur kieferorthopädischen Behandlung**

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

**Die gezahlten Eigenanteile sollen erstattet werden an:**

- das Kind beziehungsweise Jugendlichen
- die Mutter \*
- den Vater\*
- einen anderen Empfänger

\* Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist die Unterschrift beider Eltern auf diesem Antrag erforderlich

Kontoinhaber	Anschrift des abweichenden Kontoinhabers
Kreditinstitut	BIC
IBAN:	

Datum, Unterschrift 1. Elternteil bzw. Kind wenn über 15 Jahre

Datum, Unterschrift 2. Elternteil bzw. sonstiger Empfänger