

HEK
Zahnmedizinisches Zentrum
22039 Hamburg

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

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.