



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

**Notwendige Behandlung (einschließlich eventueller Kontrollen und deren Intervalle/möglicher Folgeschäden)**

(Die Erstattung der Garantie Unfall wird auf zwei Jahre ab dem Datum des Unfalls begrenzt)

Art der Behandlung	Beschreibung der Behandlung	Nr. oder Anzahl der Zähne	Geschätztes Honorar
Behandlung, die als Notfall durchgeführt wurde + Datum			
Vorbeugende Behandlung			
Heilende Behandlung			
Parodontologie			
Radiologie			
Prothetische Behandlung: - Herausnehmbar - Festsitzend			
Andere: - Extraktion - Kompressionsschiene -			

**Ich füge die entsprechenden Röntgen- und Fotoaufnahmen bei.**

**Geschätztes Enddatum der Behandlung:** .....

Datum: ..... Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers: