Dentalia Up

BEHANDLUNGSPLAN UNFALL

(vom Leistungserbringer auszufüllen und einzureichen bei Ihrer Krankenkasse,
z.Hd. des Medizinischen Dienstes von MLOZ Insurance)

Dieses Dokument kann nach der Unfallerklärung übermittelt werden.

Auszufüllen vom Leistungserbringer

Ich, Unterzeichnete(r),

Name des Leistungserbringers: .....

LIKIV-Nr.: .....

Tel.: .....

E-Mail: .....

bestätige, dass ich diesen Patienten untersucht habe:

Name: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Vorname: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geburtsdatum : | | | | | | | | |

Nr. des Nationalregisters

| | | | | | | | | | | |

oder
kleben Sie hierhin eine Vignette

Der Patient erklärt, dass er Opfer eines Unfalls war am .....

Ich habe anhand von exo-oralen, funktionellen und endo-oralen Untersuchungen sowie von Röntgenaufnahmen und bildlichen

Darstellungen folgende Verletzungen vor der Behandlung festgestellt: .....

.....

.....

.....

Ursprünglicher Zustand der verletzten Zähne: .....

.....

.....

.....

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

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:

Freie Krankenkasse: Gesellschaftssitz in 4760 Büllingen, Hauptstraße 2 - Versicherungsvertreter Nr. AfK 5004c für MLOZ Insurance, die VaG des Landesbundes der Freien Krankenkassen, anerkannt unter der Nr. AfK 750/01 für die Zweige 2 und 18, mit Sitz in 1070 Brüssel, Route de Lennik 788A – Belgien (RJP Brüssel) - www.mloz.be - Unternehmensnr.: 422.189.629

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 agiert MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und die Krankenkasse als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung Ihrer Versicherungsverträge. Unsere Politik zum Schutz des Privatlebens können Sie einsehen unter www.freie.be/datenschutzbestimmungen oder auf schriftliche Anfrage.