Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

Notdienst-behandlung

Unfall/ Unfallfolgen

Quartal 200

Lfd. Nr.

Erfassungsschein

Folgeschein Blatt Nr.

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.

Unterschrift des Versicherten/Datum

Datum T T M M	Zahn	Leistung	Bemerkungen	Datum T T M M	Zahn	Leistung	Bemerkungen

Muster

Vordr.-Nr. Z 102 GEU SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schülerunfällen