DAK Gesundheit

Behandlungs-ausweis

nur für zahnärztliche Behandlung

Z

alle Angaben
- **zur/zum Versicherten**
- **zur Versicherung**

sind auf der Rückseite eingetragen

Ausstellungsdatum
11.06.2018

Stempel und Unterschrift
DAK Gesundheit
i. A. - Team Kundenberatung -

gültig bis

Wird kein Datum angegeben, gilt dieser Behandlungsausweis für das laufende Quartal.

970-002/07.13

Name der Krankenkasse
DAK Gesundheit

Name, Vorname des Versicherten
,

Adresse | geb. am | Staat, in dem die Versicherung besteht

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status
1_9_0

Vertragszahnarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

☐ Notdienst-behandlung ☐ Unfall/ Unfallfolgen

Erfassungsschein

Quartal II 201 8

Lfd. Nr.

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

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schülerunfällen