

Behandelt wurde:
Nachname, Vorname:
Geburtsdatum:

Versichertennummer:



Techniker Krankenkasse
20905 Hamburg

Kieferorthopädische Behandlung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Angaben zur Erstattung der Eigenanteile

Die gezahlten Eigenanteile sollen erstattet werden an:

die Mutter den Vater
 Sonstige/r _____
Nachname, Vorname

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das folgende Konto:

DE _____
IBAN

Bankverbindung im Ausland

IBAN

BIC

Ich bin der/die Kontoinhaber/in ja nein:

Abweichende/r Kontoinhaber/in

Angaben für Rückfragen

freiwillige Angabe

Telefon

freiwillige Angabe

E-Mail

Datum, Vor- und Nachname und Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, Nr. 11 SGB V i. V. m. § 206 SGB V oder § 280 SGB IV.

Bei minderjährigen Kindern gilt: Unterschrift nur ein Elternteil, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.