
Praxisstempel

Bestätigung der zahnärztlichen Behandlung

Name / Vorname Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Ich bestätige, dass ich heute ohne Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der oben genannten Praxis zahnärztlich behandelt worden bin.

Ich wurde darüber informiert, dass ich verpflichtet bin, innerhalb von 10 Tagen die eGK nachzureichen. Bei Überschreiten dieser Frist kann eine Privatrechnung für die erbrachten zahnärztlichen Leistungen ausgestellt werden.

Datum

Unterschrift Patient / Bevollmächtigter