BKK ProVita
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

Erstattungsantrag für die Eigenanteile der Kieferorthopädischen Behandlung

Name, Vorname, Geburtstag, Versicherungsnummer

Hiermit beantrage ich die Erstattung der beiliegenden Rechnung(en) über den Eigenanteil der kieferorthopädischen Behandlung.

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:

Bank / Kreditinstitut:	**Kontoinhaber**
IBAN:	BIC:

Soll diese Kontonummer für künftige Anträge/Erstattungen für Sie in Ihrem Stammdatensatz hinterlegt werden? ☐ ja ☐ nein, bitte nur für diesen Antrag

Die Rechnungen und eventuelle Laborkostenrechnungen sind im Original beigefügt. Die Behandlung wurde am _____ beendet.

☐ Zur gleichen Zeit befand sich **noch ein weiteres** Kind in kieferorthopädischer Behandlung: _____
Name, Vorname, Geburtstag

☐ Zur gleichen Zeit befand sich **kein** weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung.

Tagsüber bin ich telefonisch unter folgender Nummer zu erreichen: _____

Datum, Unterschrift Kind	**Datum, Unterschrift Vater**	**Datum, Unterschrift Mutter**

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V erhoben und verarbeitet, um Ihren Antrag bearbeiten zu können. Bitte beachten Sie, dass es bei der Leistungsgewährung zu Nachteilen führen kann, sofern uns erforderliche Angaben und Daten nicht vorliegen (§§ 60ff. SGB I – Mitwirkung des Leistungsberechtigten). Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-provita/datenschutz.