

Antwort:

BKK ZF & Partner  
Postfach 11 80  
88001 Friedrichshafen

## Erstattungsantrag

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtstag und KV-Nr. des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtstag und KV-Nr. des Angehörigen

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte erstatten Sie mir die beiliegenden Rechnungen über den Eigenanteil der kieferorthopädischen Behandlung auf folgendes Konto:

_____	_____
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Kontoinhaber (falls nicht mit Mitglied identisch)
_____	_____
Geldinstitut	ÖÖ

Die  $\ddot{U}^{\wedge} \& @ \sim \} * ^ \}$  und ggf. die  $\check{S} \ddot{a} [ \setminus [ \bullet \cdot ^ \} ! ^ \& @ \sim \} * ^ \}$  sind beigelegt.

Die Behandlung wurde am \_\_\_\_\_ beendet.

Stand in demselben Zeitraum ein weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  $\check{Z} \wedge \check{a}$

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  $\check{R} \ddot{e}$

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. (tagsüber)

Anlagen

\* Zutreffendes bitte ankreuzen