

Versicherungsnachweis

Liebe Patientin,

zur Abrechnung der Behandlungskosten Ihres Kindes benötigen wir den Namen der Krankenkasse, über die Ihr Kind familienversichert ist.

Name der Mutter:

.....

Bei welchem Elternteil wird Ihr Kind versichert:

.....

Name der Krankenkasse:

.....

Wenn Ihr Kind bei dem Vater familienversichert wird

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Krankenkasse:

Kassennummer:

Versicherungsnr.: