

# Antrag auf Erstattung der Eigenanteile für die kieferorthopädische Behandlung

## 1 Persönliche Angaben

Name, Vorname des behandelten Versicherten		Versichertennummer	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Geburtsdatum		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

## 2 Angaben zu den Eltern (Diese Angaben entfallen, wenn die unter Punkt 1 genannte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr vollendet hatte.)

Vater des Kindes	Mutter des Kindes
<input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Sonstiges	

## 3 Die Eigenanteile wurden bezahlt von:

Mutter und Vater    Vater    Mutter    Sonstiger Person

## 4 Bankverbindung

Hiermit beantrage ich/beantragen wir die Erstattung der Eigenanteile aus der kieferorthopädischen Behandlung. Die Erstattung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name, Vorname Kontoinhaber
IBAN
<input type="text"/>

Durch die Unterschrift wird bestätigt, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass falsche Angaben gemacht wurden, sind Sie verpflichtet, die bereits erstatteten Beträge an die Heimat Krankenkasse zurückzuzahlen.

Datum	Ort
Unterschrift des Versicherten/der Erziehungsberechtigten*	

\* Bei Versicherten, die zum Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, ist der Antrag von den Erziehungsberechtigten zu unterschreiben. Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist die Unterschrift beider Eltern auf diesem Antrag zwingend erforderlich.

### Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

### Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 [kostenfrei]

**Wichtig!** Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Unterlagen bei:

- ▶ Eigenanteilsrechnungen des Kieferorthopäden
- ▶ Abschlussbescheinigung des Kieferorthopäden



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse  
Zahnärztliche Leistungen  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld