Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

☐ Notdienst-behandlung ☐ Unfall/ Unfallfolgen

Quartal 20

Lfd. Nr.

Erfassungsschein Kons./Chir.

Folgeschein Blatt Nr.

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.

Unterschrift des Versicherten/Datum

Datum (T T M M)	Zahn	Leistung	Bemerkungen	Datum (T T M M)	Zahn	Leistung	Bemerkungen

Vordr.-Nr. Z 102 1.04 Paul Albrechts Verlag · 22952 Lütjensee

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Schulunfällen