

2

Bestätigung

Bitte nach Behandlungsende ausfüllen und von Ihrem Zahnarzt bestätigen lassen.

Mein Eigenanteil beträgt Euro

Beantragt wurde bisher Euro

- Der tatsächliche Eigenanteil ist **deutlich höher** als die Antragssumme. Ich bitte um Zusendung eines neuen Kreditvertrages.
- Der tatsächliche Eigenanteil ist **etwas höher** als die Antragssumme. Den Differenzbetrag zahle ich daher direkt an die Zahnarztpraxis.

Ist der tatsächliche Eigenanteil niedriger als die bisherige Antragssumme, so wird der Differenzbetrag dem Finanzierungskonto gutgeschrieben.

Die zahnärztlichen Leistungen wurden vollständig erbracht; ich bestätige die Richtigkeit der mir vorliegenden Liquidation.

VORNAME, NAME, GGFS. GEBURTSNAME

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

NUMMER DES PERSONALAUSWEISES

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

Die Legitimation des Patienten wurde geprüft

Praxis: Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt, Stempel