

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Der Versicherte wird überwiesen zur Vornahme folgender Leistungen:

---



---



---



---

Stempel, Datum, Unterschrift des Zahnarztes

Sie haben eine Überweisung in eine Fachzahnarztpraxis für Kinder erhalten. Nachfolgend finden Sie alle wichtigen Informationen:

Ihr vereinbarter Termin: \_\_\_\_\_

Praxis: **Zahnarztpraxis für Kinder**  
**Rebecca Otto**  
**Paradiesstr. 6**  
**07743 Jena**

**Tel: (03641) 63 78 00**

Sprechzeiten:

Montag	8:00 – 12:00	13:00 – 18:00 Uhr
Dienstag	8:00 – 12:00	13:00 – 17:00 Uhr
Mittwoch	8:00 – 12:00	13:00 – 18:00 Uhr
Donnerstag	8:00 – 12:00	13:00 – 18:00 Uhr
Freitag	8:00 – 13:30 Uhr	

Notwendige Unterlagen:

**Krankenversicherungskarte**  
**Überweisung von unserer Praxis**  
**ggf.: Dolmetscher**  
**Lesebrille** ( zum Ausfüllen unserer Anmeldeformulare)  
**Allergiepass, Röntgenpass,**  
**Herzpass, Blutausweis** (sofern vorhanden)  
**Vollmachten, Bestallung** (Pflegekinder)

