

ANTRAG
AUF ZAHNBEHANDLUNG UNTER VOLLNARKOSE
FÜR GEISTIG BEHINDERTE UND PHOBISCHE PATIENTEN

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
---------------------	----------------	----------------------------

Patient

_____ Tag Monat Jahr

Versicherter

_____ Tag Monat Jahr

Adresse

*) Leistungsanspruch gegeben: ja nein Datum: Paraphe:

Behandlungsbeginn: _____

Begründung (Kurzbefund):

Behandlungsplan:

Datum, Stempel und Unterschrift des/r Zahnbehandlers/erin

Die medizinische Notwendigkeit ist gegeben: ja nein

Der Chefzahnarzt:

(DDr. Robert Schuster, MSc)