

Österreichische Gesundheitskasse

Patient/in

Familiennamen

Vorname

Vers.-Nr.

Betrifft: Zahnbehandlung; Antrag auf Bewilligung

von _____

Vorbezug vom _____

Begründung _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Behandlers/in

Erledigung durch den Chefaznarzt/ärztin

Datum

Stempel und Unterschrift