

**Abrechnungsf formular**  
**Erstattung von Zusatzleistungen bei zahnärztlicher Behandlung**

Name: \_\_\_\_\_, Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**1. Leistung** (Bitte benutzen Sie für jede Rechnung ein gesondertes Abrechnungsf formular.)

Ich beantrage gemäß der Satzung der SECURVITA Krankenkasse einen Zuschuss für:

- Professionelle Zahnreinigung
- Glattflächen- oder Fissurenversiegelung bei einer kieferorthopädischen Behandlung
- Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals oder zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden ergänzend zur Wurzelbehandlung
- Bakterientest bei einer anstehender Parodontosebehandlung
- Retainer zum Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung
- Vollnarkose bei der Entfernung der Weisheitszähne
- Lachgassedierung bei chirurgischen Extraktionen bis zum 18. Lebensjahres

**2. Rechnung** (Bitte fügen Sie die Rechnung bei.)

Rechnung vom: \_\_\_\_\_

Rechnungsbetrag: \_\_\_\_\_ €

Leistungstag: \_\_\_\_\_

**3. Bankverbindung**

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und deren Vollständigkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

AbrSatzungsleistungDEN