

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Person, die behandelt wurde  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



Techniker Krankenkasse  
20905 Hamburg

## Kieferorthopädische Behandlung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

### Angaben zur Erstattung der Eigenanteile

Die gezahlten Eigenanteile sollen erstattet werden an:

mich  die Mutter  den Vater  Sonstige/r

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

### Angaben zur Bankverbindung

Ich möchte, dass Sie den Betrag auf folgendes Konto überweisen:

\_\_\_\_\_  
D,E  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name der Konto-Inhaberin / des Konto-Inhabers

Nur für Bankverbindung im Ausland

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

### Angaben für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Telefon

freiwillige Angabe

507041277759



\_\_\_\_\_  
Datum, Vor- und Nachname und Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, Nr. 11 SGB V i. V. m. § 206 SGB V oder § 280 SGB IV.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

**Bei minderjährigen Kindern gilt:**  
Unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.