

.....  
Vor- und Zuname des Patienten

.....  
Vor- und Zuname des Versicherten  
(nur auszufüllen, wenn Patient Angehöriger ist)

.....  
Adresse

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Ort, Datum

An die

.....  
Versicherungsanstalt

.....  
Adresse

## **Antrag auf Ausstellung eines Bescheides**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sie haben die Übernahme der Kosten für meine kieferorthopädische Behandlung/  
die kieferorthopädische Behandlung meines Sohnes/meiner Tochter mittels  
abnehmbarer Geräte bei Frau/Herrn Dr.....  
abgelehnt. Ich ersuche daher um Ausstellung eines schriftlichen Bescheides.

Freundliche Grüße

.....  
Unterschrift