



## Zahnärztliche Auskunft (Unfall)

6. Ist wegen der Verletzung voraussichtlich eine weitere Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt angezeigt?

nein     ja    zu welchem Zeitpunkt?     nicht absehbar  
Monat    Jahr

Welche Behandlungsmaßnahmen sind angezeigt?

Die Abkommensgebühr für diese Zahnärztliche Auskunft bitte auf das unten angegebene Konto überweisen.

### Datenschutz:

Die/Der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 SGB VII).

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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut, Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
BIC