

## 2

## Bestätigung

Bitte nach Behandlungsende ausfüllen und von Ihrem Zahnarzt bestätigen lassen.

Mein Eigenanteil beträgt  Euro

Beantragt wurde bisher  Euro

- Der tatsächliche Eigenanteil ist **deutlich höher** als die Antragssumme. Ich bitte um Zusendung eines neuen Kreditvertrages.
- Der tatsächliche Eigenanteil ist **etwas höher** als die Antragssumme. Den Differenzbetrag zahle ich daher direkt an die Zahnarztpraxis.

Ist der tatsächliche Eigenanteil niedriger als die bisherige Antragssumme, so wird der Differenzbetrag dem Finanzierungskonto gutgeschrieben.

**Die zahnärztlichen Leistungen wurden vollständig erbracht; ich bestätige die Richtigkeit der mir vorliegenden Liquidation.**

VORNAME, NAME, GGFS. GEBURTSNAME

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

NUMMER DES PERSONALAUSWEISES

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

**Die Legitimation des Patienten wurde geprüft**

Praxis: Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt, Stempel