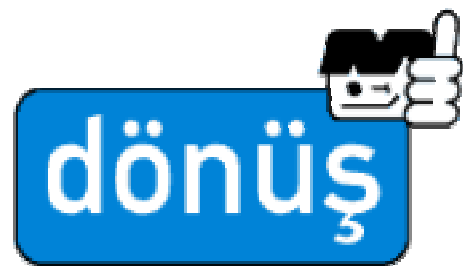


dönüş Therapieeinrichtung
Birnthon 3 B

90475 Nürnberg



Bitte dieses Formular von der **Krankenkasse** ausfüllen lassen und an uns zurück senden.

Bestätigung der Krankenkasse über einen vorhandenen Krankenschutz.

Hiermit bestätigen wir dass Herrn

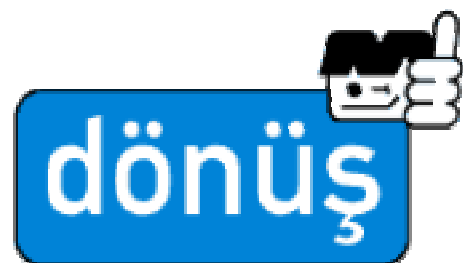
geb. am: bei uns versichert ist.

Stempel der Krankenkasse

.....
Datum, Unterschrift

dönüş Therapieeinrichtung
Birnthon 3 B

90475 Nürnberg



Bitte dieses Formular vom **Zahnarzt** ausfüllen lassen und an uns zurück senden.

Bestätigung der Zahnarztpraxis über eine abgeschlossene Zahnbehandlung .

Hiermit bestätigen wir dass Herrn

geb. am: bei uns in Behandlung ist und seine
Zähne saniert sind.

Stempel der Krankenkasse

.....
Datum, Unterschrift