
Name, Vorname

Ort, Datum

Dienstgrad

Personenkennziffer

Erklärung über abgeschlossene oder laufende zahnärztliche Behandlungen

Befinden Sie sich in **kieferorthopädischer Behandlung**? Oder hatten sie früher einmal eine kieferorthopädische Behandlung? Haben oder hatten Sie eine Zahnspange?

- ☐ Nein
☐ Ja

Wenn Ja, Name und Adresse Kieferorthopäde/Zahnarzt:

Behandlung abgeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt bei Ihrem Zahnarzt aktuell ein **Heil- und Kostenplan** zur Beantragung von Krone, Brücken, Implantaten, Prothesen, Funktionstherapeutischer Behandlung oder ähnlichem vor?

- ☐ Nein
☐ Ja

Wenn Ja, Name und Adresse Zahnarzt:

Liegt bei Ihrem Zahnarzt aktuell ein **Parodontologischer Behandlungsplan** (Zahnfleischbehandlung) zur Beantragung vor?

- ☐ Nein
☐ Ja

Wenn Ja, Name und Adresse Zahnarzt:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Unterschrift Soldat/Soldatin