

Geschlecht

☐ frei

☐ Geb.

☒ alt

☐ nicht

☐ sonst

Krankenkasse bzw. Kostenträger
MOBIL KRANKENKASSE

Name, Vorname des Versicherten

Schürmann

Silke

Unterrachinger Str. 99

D 81737 München

Geb. am

20.05.1974

71

(mgl. Spr. St.-
BVG, sonst Bedarf)

☐ ☐ ☐

Zahnarztpraxis Ulrich Waller
011005711

Häberlistrasse 26

80337 München

Tel: 089/531515

Fax: 089/531513

E-Mail: ulrich-waller@t-online.de

Mont. Schröter

Zahnarzt

688069691

Angaben Praxis / Verordnende Person

Unter

☐ Arbeits-

☐ Unter

☐ Beruf-

☐ Krank-

☐ sonst

☐ sonst

☐ sonst

☐ sonst

☐ sonst

☐ sonst

☐ sonst

☐ sonst

☐ sonst

ix Chlorhexamed 1% Gel - 50g
Dosieranweisung / Medikationsplan mitgegeben

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Unter

Kostenträger
GKV

PREN: 1133
DOK: 10000547471236