

**ANSCHRIFT DER  
KRANKENKASSE**

..... (Ort), den ..... (Datum)

**KIG Gutachten für meine Tochter / meinen Sohn \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) geb. am  
\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum des Kindes)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

am \_\_\_\_\_ (Untersuchungsdatum) erfolgte in der kieferorthopädischen Praxis bei Frau Dr. Siekmann eine Einstufung in die Kieferorthopädische Indikationsgruppe .... (KIG 1 oder 2 eintragen).

Ich möchte diese Einstufung durch einen unabhängigen Gutachter überprüfen lassen.

Bitte beauftragen Sie die Praxis Frau Dr. Siekmann, Ravensbergerstraße 12, 33602 Bielefeld mit der Anfertigung von Unterlagen für das Gutachterverfahren.

Ich bitte um Information über das Ergebnis dieses Gutachtens.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)