

Abtretungserklärung für andersartige Versorgungsungen

Erklärung der Patientin/des Patienten

Hiermit trete ich

(Name, Vorname) _____

(Straße, Hausnummer) _____

(PLZ, Ort) _____

(Versicherungsnummer) _____

meine Ansprüche auf Festzuschüsse nach § 55 SGB V gemäß des genehmigten Heil- und Kostenplanes vom _____ gegenüber der

(Name der Krankenkasse) _____
an die

(Name der Praxis) _____

Name der Bank/Kreditinstitut _____

IBAN-Nr. _____

Zustimmung der Krankenkasse _____

(Ort, Datum, Unterschrift des Abtretenden) _____

Ich nehme die Abtretung an.

(Ort, Datum, Unterschrift und Praxisstempel des Behandlers) _____