

Abtrittserklärung

Name des/der Versicherten: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Versichert bei: _____

Adresse der Krankenkasse: _____

Ich versichere, dass ich Mitglied in der _____ bin.

Erklärung des Versicherten:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Rechnungen der Laborarzt Praxis

_____ direkt mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden können.

Ohne schriftliche Bestätigung der Krankenkasse hat diese Abtrittserklärung keine Bedeutung!

Bitte die schriftliche Bestätigung diesem Schreiben beilegen.

Diese Form der Kostenabtrittserklärung wird von den privaten Krankenkassen nicht in allen Fällen akzeptiert. Bitte kontaktieren Sie in diesem Fall die Krankenkasse.

Berlin, den _____