

## 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 \_\_\_\_\_