

Abtretungserklärung der Patientin / des Patienten

Hiermit trete ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

meine Ansprüche auf Festzuschüsse nach § 55 SGB V gemäß dem genehmigten

Heil- und Kostenplan vom: _____

gegenüber der _____

(Name der Krankenkasse)

ab, und zwar an die Praxis: _____

Praxisname: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Hamburg, den _____

(Unterschrift des/der Abtretenden)

Von der Praxis auszufüllen:

Ich nehme die Abtretung an.

Hamburg, den _____

(Unterschrift der Behandlerin/des Behandlers)

(Praxisstempel)