

Abtretung für direkt abgerechnete Mischfälle/andersartige Versorgungsungen

Hiermit trete ich

Name, Vorname des Patienten/ der Patientin

Anschrift

meinen Anspruch nach § 55 SGB V in Höhe von , € gemäß des genehmigten
Heil- und Kostenplanes vom .. gegenüber der Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

an den Vertragszahnarzt ab.

Name des Vertragszahnarztes/der Praxis

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Bank:

Die Abtretung erfolgt vorbehaltlich der Zustimmung durch die Krankenkasse gemäß § 53 Abs. 2 Nr. 2 SGB I. Wird die Zustimmung nicht erteilt, ist der Patient verpflichtet, dies dem Zahnarzt unverzüglich mitzuteilen. Die Abtretung ist dann als gegenstandslos zu betrachten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Die Abtretung nehme ich an.

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin

Die Abtretungserklärung wird der Krankenkasse vom Patienten zur Erteilung der Zustimmung unverzüglich zugeleitet.