

Anschrift Krankenkasse:

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich:

Name Versicherter:

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Anschrift Versicherter:

meinen Anspruch auf Abrechnung der Verhinderungspflege
sowie zusätzlich 50% Kurzzeitpflege an:

Leistungserbringer:

Urlaubsidylle-Alb GmbH
Morgenäckerweg 5
72574 Bad Urach

unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs ab.

Ort, Datum, Unterschrift(Versicherter oder gesetzlicher Vertreter):

Hiermit nehme ich die Abtretung an:

Bad Urach, Datum, Unterschrift(Leistungserbringer):