

PfP | Dipl.-Päd. Anette Rück | Schwedter Straße 249 | 10119 Berlin

An die Krankenkasse
Fachzentrum Ambulante Leistungen

Berlin,

Abtretungserklärung gemäß 398 BGB des Versicherten an die Psychotherapeutin

Sehr geehrte Damen und Herren der Fachabteilung Ambulante Leistungen

Sie haben die Kostenerstattung für die ambulante Psychotherapie

meines Sohnes/ meiner Tochter

geb. am

Versicherungsnummer

Hauptversicherter

bei
Praxis für Psychotherapie
Dipl.-Päd. Anette Rück | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP)
Schwedter Straße 249 | 10119 Berlin
zugesagt.

Hiermit trete ich daher meinem Anspruch auf Erstattung der vereinbarten Honorarsätze
rechtsverbindlich ab an die Praxis für Psychotherapie, Dipl.-Päd. Anette Rück.

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE7130060601002885592
BIC: DAAEDEDXXX
Kontoinhaberin: Anette Rück

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Versicherte:r