

# Abtretungserklärung für ZE an Krankenkasse

## Andersartige Versorgung/Mischfall

\_\_\_\_\_ Name Patient  
\_\_\_\_\_ Anschrift  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Versichertennummer

An die  
\_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse  
\_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse  
\_\_\_\_\_

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V  
in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
gemäß des genehmigten Heil- und Kostenplanes vom \_\_\_\_\_  
gegenüber der Krankenkasse an die Zahnarztpraxis ab.

\_\_\_\_\_  
(Name des Vertragszahnarztes)  
\_\_\_\_\_  
(Adresse der Zahnarztpraxis)

Bankverbindung  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_

Die Abtretung erfolgt vorbehaltlich der Feststellung des wohlverstandenen Interesses durch die Krankenkasse gem. § 53 Abs. 2 Nr. 2 SGB I. Wird die Feststellung verweigert, wird der Patient verpflichtet, dies dem/der Zahnarzt/Zahnärztin unverzüglich mitzuteilen. Die Abtretung ist dann als gegenstandslos zu betrachten. Der Patient wird verpflichtet, diese Erklärung unverzüglich der Krankenkasse zur Erteilung der Zustimmung zuzuleiten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient

Ich nehme die Abtretung an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt