

**PET-CT-Praxis**  
am Rosa-Luxemburg-Platz  
Torstraße 35  
10119 Berlin

# Abtretungserklärung

Name: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis:

PET-CT-Praxis am Rosa-Luxemburg-Platz  
Dipl.-Med. T. Alexander  
Dr. med. J. Krätschmer  
Susan Krüger  
Torstraße 35  
10119 Berlin

die entstehenden Kosten der PET-CT-Untersuchung direkt mit meiner Krankenkasse abrechnet.

Berlin,

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin/  
des Patienten