

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