

# Abtretungserklärung

Name:

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis:

**TBAG PET, PET-CT-Praxis am Rosa-Luxemburg-Platz (GbR)**

Alexander / Krätschmer / Krüger / Nauschütz / Chammas

Torstr. 35

10119 Berlin

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

Berlin,

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in