



Abtretungserklärung

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Versicherten-Nr. _____

Krankenversicherung:

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Hiermit trete ich an die Godekin Apotheke Inh. Martin Krause e.K., Godekinstr. 148, 44265 Dortmund, meine Ansprüche auf Erstattung der Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte und sonstige apothekenübliche Ware gegen die Krankenversicherung vollumfänglich ab. Ich ermächtige die Apotheke die Kosten direkt bei der Krankenversicherung unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Beifügung der entsprechenden ärztlichen Verordnungen geltend zu machen.

Sollte mir nur ein anteiliger Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung zustehen, bin ich verpflichtet, der Apotheke die Differenz zwischen Erstattungshöhe der Krankenkasse und dem Verkaufspreis zu erstatten. Sollte die Krankenversicherung die Erstattung ganz oder teilweise verweigern, hafte ich für die Erfüllung der Forderung der Apotheke.

Datum, Unterschrift _____