**Abtretungsvereinbarung**

Abgeschlossen zwischen:

Psychotherapeut / Psychotherapeutin

Adresse

ZSR-Nr.

GLN

Patient / Patientin, geb. (Datum)

AHV-Nr.

**Abtretung von Forderungen**

Hiermit trete ich Frau / Herrn

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle meine

Ansprüche auf Rückerstattung ab, die sie / er mir in Rechnung gestellt hat oder im Rahmen meiner ambulanten Behandlung in Rechnung stellen wird.

Frau / Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ist berechtigt, ihre / seine Forderung für die ambulante psychotherapeutische Behandlung direkt gegenüber meiner Krankenkasse geltend zu machen.

Die Krankenkasse erhält zusammen mit der Honorarrechnung Kopie dieser Abtretungsvereinbarung (gem. Art. 42 Abs. 1 KVG) mit dem Ersuchen um Zustimmung. Bei nicht erfolgter Zustimmung wird auf die Gefahr der Doppelzahlung hingewiesen, falls die Krankenkasse trotz diesem Hinweis Beträge an die Patientin resp. den Patienten bezahlt

(gem. Art. 167 OR).

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------