

---

Anschrift Krankenkasse:

## ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich:

Name Versicherter:

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Anschrift Versicherter:

meinen Anspruch auf Abrechnung der Verhinderungspflege an:

Leistungserbringer:

**Pflegedienst Petermann GmbH**  
**Bahnhofstraße 24**  
**37688 Beverungen**  
**IK 460572240**

unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs ab.

Ort, Datum Unterschrift (Versicherter oder gesetzlicher Vertreter):

Hiermit nehme ich die Abtretung an:

Beverungen, Datum Unterschrift (Leistungserbringer):