



Abtretungserklärung

Hiermit trete ich,, geb.,
wohnhaft in,
meinen Kostenerstattungsanspruch gegenüber der AOK Bayern für die
am im Kreiskrankenhaus Schrobenhausen bei Herrn
Dr. med. Limberger durchgeführte Varizenbehandlung ab.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten
(bzw. des gesetzl. Vertreters)