

## ABTRETUNGSVEREINBARUNG

---

Der/die **Versicherte:**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort \_\_\_\_\_

tritt dem/der **Apotheker/in:**

**Ludwig-Apotheke Speyer**

Oliver Kunze e.K.

Ludwigstr.31

67346 Speyer

www.ludwigapotheke.de

- seine Ansprüche auf Erstattung der Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte und sonstige apothekenübliche Waren in Höhe von

€ \_\_\_\_\_ (Verkaufspreis)

(Rezeptkopie in Anlage)

gegen die **Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_  
(Name und Sitz der Krankenversicherung)

vollumfänglich ab. Er/Sie ermächtigt den/die Apotheker/in, diese Kosten direkt bei der Krankenversicherung unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Beifügung der entsprechenden ärztlichen Verordnungen geltend zu machen.

Sollte dem/der Versicherten nur ein anteiliger Erstattungsanspruch gegenüber seiner/ihrer Krankenversicherung zustehen, ist er/sie verpflichtet, dem Apotheker die Differenz zwischen Erstattung der Krankenversicherung und Verkaufspreis zu erstatten. Sollte die Krankenversicherung die Erstattung ganz oder teilweise verweigern, haftet der/die Versicherte für die Erfüllung der Forderung des/der Apothekers/-in.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Apothekers/in