JOHANNITER

Aus Liebe zum Leben

Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe GmbH
Postfach 201531, 53145 Bonn

Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe GmbH

Waldstraße 2 – 10
53177 Bonn
Telefon +49 (0)228 381-0
Fax +49 (0)228 381-350
E-Mail info@go.johanniter-kliniken.de
www.godeshoehe.de

Abtretungserklärung

Patientin:
Anschrift:
Geschlecht: Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit
Fallnummer: Aufnahme:
Hauptkost.:

Versicherter:
Anschrift:

Kostenträger: Vers.-Status:
Versich.-Nr.: versichert bis:
Mitgliedsart: Geb-Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit trete ich meine Ansprüche für die Dauer der Krankenhausbehandlung im Neurologischen Rehabilitations-Zentrum Godeshöhe GmbH Abteilung Akut-Frührehabilitation ab.

Ich stimme der Weitergabe meiner abrechnungsrelevanten, behandlungsbezogenen Daten zu und entbinde die behandelnden Stellen/Ärzte insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass die Abtretungserklärung jederzeit für den Ablauf des folgenden Werktages von beiden Vertragsparteien gekündigt werden kann.

Bonn, den

_____
Unterschrift

© Geschützt durch die Balley Brandenburg des Ritterlichen Ordens St. Johannis vom Spital zu Jerusalem