

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

## Abtretung

### A) Erklärung der/des Versicherten

Hiermit trete ich den mir gemäß § 55 Abs. 5 SGB V für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gegen die AOK NORDWEST bzgl. der bewilligten Festzuschüsse zustehenden Erstattungsanspruch an die/den mich behandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt ab. Ich bin damit einverstanden, dass die bewilligten Festzuschüsse von der AOK NORDWEST über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein an meine/n Zahnärztin/Zahnarzt ausgezahlt werden.

\_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift der/des Versicherten)

### B) Erklärung der Zahnärztin/des Zahnarztes

Ich nehme die Abtretung an und erkläre mich damit einverstanden, dass die bewilligten Festzuschüsse von der AOK NORDWEST über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein an mich ausgezahlt werden.

\_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift/Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes)