

## **Abtretungserklärung /Vollmacht**

### **Versicherungsnehmer/In**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich Dipl. oec. troph. Sonja Pöhls, Siedlung Höhenluft 26, 30890 Barsinghausen die eingereichten Verordnungen direkt mit meiner Krankenkasse abzurechnen. Weiterhin bevollmächtige ich Frau Pöhls telefonisch oder schriftlich Auskunft über meine bei der Krankenkasse hinterlegten Daten einzuholen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift