

Name, Vorname der Patientin

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Name der Krankenkasse

Ort

Datum:

**Kostenabtretungserklärung bei bereits erfolgter Kostenübernahmebestätigung durch die Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit ermächtige ich die Firma Eurofins LifeCodexx GmbH aus Konstanz, die Kosten für den PraenaTest® aufgrund der mir vorliegenden Kostenübernahmebestätigung direkt mit meiner Krankenversicherung abzurechnen.

Mit freundlichen Grüßen