

**ABTRETUNGSERKLÄRUNG FÜR SELBSTZAHLER**  
**Tagesklinik Stuttgart, Rotebühlstr.**

Hiermit erkläre ich, dass ich die mir zustehenden vertraglichen Leistungen für die stationäre/teilstationäre Behandlung der

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr

an die Kliniken Schmieder abtrete.

Prozentualer Anteil der Versicherung: ..... %

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die Kliniken Schmieder die Abrechnung der Pflegekosten direkt mit der o.g. Versicherung vornehmen.

**Neurologische Rehabilitation amb./teilstat. ganztags** €136,00

**Neurologische Rehabilitation amb./teilstat. halbtags** € 96,46

\*\*\*\*\*

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... Wohnort : .....

Datum: .....Unterschrift: .....

**Hinweis: Bei Inanspruchnahme von Leistungen der privaten Krankenversicherung muß grundsätzlich vor Beginn der Behandlung deren Zustimmung eingeholt werden.**