

## **Abtretungserklärung für die Liquidation der Behandlung bzw. Operation in der Stephansmühle – Medizinisches Pferdezentrum GbR**

Sehr geehrter Pferdebesitzer,

Sie haben rechtzeitig eine OP-Kostenversicherung mit einer Deckung bis zum 2-fachen Satz der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) abgeschlossen. Damit der weitere Verlauf möglichst unkompliziert ist und Sie nicht in Vorleistung gehen müssen, bieten wir Ihnen an direkt mit Ihrer OP-Kostenversicherung abzurechnen.

Dazu müssen Sie uns nur eine entsprechende Abtretungserklärung unterschreiben, die wir dann mit der Rechnung bei Ihrer Versicherung einreichen werden. Da die OP- Kostenversicherungen nicht immer alle abgerechneten Leistungen übernehmen und üblicherweise die Kosten für die stationäre Unterbringung nicht in voller Höhe ersetzen, werden wir Ihnen dafür nach Bearbeitung der Rechnung durch Ihre Versicherung ein Informationsschreiben und die Originalrechnung mit Angabe der Restkosten zukommen lassen.

Bitte informieren Sie sich unbedingt vor der durchzuführenden Operation und Untersuchungen bzw. Behandlungen, ob die Kosten hinsichtlich Ihres Vertrages mit der Versicherung auch abgedeckt sind. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der vertraglichen Wartezeiten und auch, ob die notwendige Operation im Leistungskatalog des Versicherers verzeichnet ist. Die Abklärung der Kostenübernahme liegt in Ihrem Verantwortungsbereich. In der Regel ist der Tag vor der Operation inkl. der notwendigen Untersuchungen und Behandlungen, der Operationstag selbst sowie je nach Vertrag die ersten drei, fünf, sieben oder 10 Tage nach der Operation durch die Versicherung abgedeckt.

Die Rechnung dafür wird detailliert gem. dem zweifachen Satz der gültigen Gebührenordnung für Tierärzte erstellt. Normalerweise sollte es bei der Abrechnung mit Ihrer Versicherung keine Probleme geben. Falls doch, informieren Sie uns bitte, damit wir helfen können, Missverständnisse und Unklarheiten auszuräumen.

Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie Ihre Versicherung von der Schweigepflicht, sodass wir ggf. auch selbständig Unklarheiten mit der Versicherungsgesellschaft klären können.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Stephansmühle – Medizinisches Pferdezentrum GbR

**Der Versicherungsnehmer/Tierbesitzer:**

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

**tritt hiermit seine Ansprüche, die ihm aus der OP-/Voll-Schutz-Versicherung für sein Tier mit der:**

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Pferdenname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schadensnummer: \_\_\_\_\_

**zustehen, an die Stephansmühle, Medizinisches Pferdezentrum GbR  
Stephansmühle 3, 91161 Hilpoltstein Tel. 09174 / 977404-0 ab.**

**Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers/Tierbesitzers:**

Mit seiner Unterschrift willigt der Versicherungsnehmer/Tierbesitzer ein, dass die Stephansmühle im zur Abwicklung der tierärztlichen Behandlung, sowie zum Ausgleich der Behandlungskosten erforderlichen Umfang – jeweils im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen – Informationen über Deckung und Bestehen des Versicherungsschutzes des oben genannten Versicherungsvertrages und Schadenfall bei der Versicherungsgesellschaft einholt.

**Im Falle des Nichtbestehens des Versicherungsschutzes haftet der Auftraggeber persönlich in vollem Umfang für die entstandenen Kosten. Beträge, die nicht von der Versicherung ausgeglichen werden, werden dem Auftraggeber in Rechnung gestellt.**

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / Tierbesitzer