

## Abtretungserklärung

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Ernährungsberatung/-therapie an Frau Dipl. oec. troph. Corinna Handt in vollem Umfang ab. Bitte überweisen Sie Frau Handt direkt den Krankenkassenanteil für die Ernährungsberatung entsprechend der beigefügten Rechnung.

Sollte mir nur ein anteiliger Erstattungsanspruch zustehen, bin ich verpflichtet, die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und dem Rechnungsbetrag selbst zu tragen. Sollte die Krankenkasse die Erstattung ganz oder teilweise verweigern, haftet der/die Versicherte für die Erfüllung der Forderungen von Ernährungsberaterin.

Versicherungsnehmer/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift