



Abtretungserklärung

Frau/ Herr _____

Geb. _____

Anschrift _____

tritt hiermit sämtliche Ansprüche gegenüber der

Krankenkasse _____

wegen Erstattung der Gebühren für durchgeführte

Ernährungsberatungen/-therapie am _____

für (falls andere Person als o.g.) _____

an die durchführende selbstständige Diplom-Oecotrophlogin Beate Daâs ab.

Der Eigenanteil wird bar entrichtet.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter