

Absender:

An die

Datum:

## Abtretungserklärung

Ambulante Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf anteilige Übernahme der Kosten für die ambulante Ernährungsberatung an  
Frau Dipl. oec. troph. Frau Monika Luskow, zertifiziert nach VDOe ab.



Bitte überweisen Sie Frau Monika Luskow direkt den Krankenkassenanteil entsprechend der beiliegenden Rechnung.

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

Kind: \_\_\_\_\_

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

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift