
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum TTMMJJJJ

Abtretungserklärung Ernährungsberatung

Hiermit trete ich den Zuschuss zu meiner Ernährungsberatung an die Ernährungsfachkraft

Name und Anschrift der Fachkraft

ab

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Hessen hierzu die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung direkt bei der oben genannten Ernährungsfachkraft anfordern kann. Die Einwilligung ist freiwillig und kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass Kosten für Laboruntersuchungen, Bio-Impedanz-Analysen und Stoffwechselfestsowie Fahrkosten nicht erstattet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Kundin/Kunde bzw. Betreuerin/Betreuer

Als gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher Betreuer bitte folgende Angaben ergänzen:

Vorname, Name Betreuerin/Betreuer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer