

# Abtretungserklärung

Hiermit trete ich,

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

meine Ansprüche auf den Zuschuss zur Ernährungsberatung nach § 43 SGB V

gegenüber der: \_\_\_\_\_  
(Name der Krankenkasse)

ab, und zwar an die Praxis:

PEAK FORM  
Praxis für Ernährungsberatung  
Vera Hille

Freiligrathstr 16  
65812 Bad Soden

IK: IK590600814

Kontoinhaber: Vera Hille  
Bank: Degussa Bank  
IBAN: DE20 5001 0700 0001 8987 61  
BIC: DEGU DEFF XXX

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift