

# Biohacking Nutrition

## Abtretungserklärung

gemäß §398 BGB i.V.m. §43 SGB V

### 1. Erklärende Person (Versicherte/r)

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ / Ort	
Versicherungsnummer	
Name der Krankenkasse	

### 2. Art der abgetretenen Leistung

Art der Leistung	Ernährungstherapeutische Beratung gemäß §43 SGB V
------------------	---

### 3. Abtretungserklärung

Hiermit trete ich meine Ansprüche auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenkasse für die oben genannte Leistung gemäß **§398 BGB** i.V.m. **§43 Abs. 1 SGB V** ab an:

**Eftychia Kontou | Praxis für Ernährungsmanagement – Supervision – Coaching**  
Schloßstraße 16, 45468 Mülheim an der Ruhr | efi@biohackingnutrition.de

Die Krankenkasse wird hiermit über die Abtretung informiert (§409 BGB) und gebeten, den erstattungsfähigen Betrag direkt an die oben genannte Leistungserbringerin zu überweisen.

### 4. Hinweise

**Kostenübernahme:** Eine Erstattung durch die Krankenkasse ist nicht garantiert. Bei Ablehnung trage ich die offenen Beträge selbst. Die Abtretung berührt meine Zahlungspflicht gegenüber der Praxis nicht.

**Datenschutz:** Die Übermittlung meiner Daten an die Krankenkasse erfolgt auf Grundlage meiner Einwilligung (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Weitere Informationen: Datenschutzerklärung der Praxis.

### 5. Einwilligung und Unterschrift

Ich bestätige, dass ich über die Abtretung und deren Folgen informiert wurde und dieser freiwillig zustimme.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben