

Antrag zur Kostenübernahme

Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Angaben zur Beratung und zu meiner Person

Art der Beratung: **präventive Ernährungsberatung** nach § 20 Abs. 1 SGB V
ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Mein Name: _____

Meine Anschrift: _____

Meine Versichertennummer: _____

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für die genannte Leistung durch:

Name des Beraters: _____

Anschrift des Beraters: _____

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie die Rechnung liegen dem Antrag auf Kostenerstattung bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten