

Anschrift der Krankenkasse/Krankenversicherung

**Antrag auf
Kostenerstattung
für**

- präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V
 ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname

des Versicherten :

Anschrift:

Versichertennummer:

Ich beantrage Kostenrückerstattung für oben genannte Leistung durch Diätassistentin,
Ernährungsberaterin/DGE Constanze Thews,
Rothusener Weg 12, 50374 Erftstadt, Tel: 02235/9596998
Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung / der Kostenvoranschlag liegt anbei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die Ernährungsberatung / Ernährungstherapie wird in folgendem Umfange gewährt:

