

Anschrift der Krankenkasse

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 Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch



Zertifizierte Ernährungsberaterinnen DGE und VFED
Lindemannstraße 64 • 40237 Düsseldorf • Tel.: 0211/36792791

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ der Kostenvoranschlag liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift
des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: