➢ _____

Name, Vorname des Versicherten

Anschrift der Krankenkasse / Krankenversicherung

➢ _____ _____

Anschrift des Versicherten

_____ _____

Versichertennummer

_____

Antrag auf Kostenerstattung für eine Ernährungsberatung

□ **ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V**

□ **Präventionskurs nach § 20 Abs. 1 SGB V**

Ich beantrage Kostenerstattung für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie durch:

Praxis für Ernährungsberatung Diplom-Oecotrophologin Dagmar Hengge

Tel. 02224 – 779725, dagmarhengge@t-online.de

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung u. o.
Terminbestätigung / Teilnahmebestätigung / Kostenvoranschlag liegen bei.

➢ _____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse

Die Ernährungsberatung / Ernährungstherapie wird in folgendem Umfange bezuschusst:

_____ _____

Ort, Datum Stempel/Unterschrift der Krankenkasse/Versicherung