

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME DER KRANKENKASSE



Angaben zur Krankenkasse:

Name: _____

Anschrift: _____

Versichertenr.: _____

Angaben des Patienten:

Name: _____

Anschrift: _____

Antrag auf Kostenerstattung für eine:

- Präventive Ernährungsberatung nach §20 Abs. 1 SGB V**
- Ernährungstherapeutische Beratung nach §43 Abs. 2 SGB V**

Ich beantrage Kostenerstattung für verhaltensorientierte Ernährungsberatung und Ernährungstherapie durch:

Michaela Struck, EssGeschick Ernährungsberatung und -therapie

Zertifizierte Diätassistentin

Anschrift: Zell 3A, 82272 Moorenweis

mobil: 0170/9898894, E-mail. : Michaela@essgeschick.de

Frau Struck ist aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zusatzqualifizierung eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Qualifizierungsnachweise zur Vorlage bei der Krankenkasse können bei Bedarf angefordert werden.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten