

# Antrag auf Kostenbeteiligung

**Anschrift der Krankenkasse:**

**Angaben zur versicherten Person:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Versichertennummer:

**Ich beantrage Kostenerstattung für die folgende Leistung:**

- Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V  
(mit ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung)
- Präventive Ernährungsberatung nach § 20 SGB V  
(ohne ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung)

**durch:** Praxis für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie Laura Lüske  
- Ernährungsberaterin DGE -  
Kirchstraße 29  
49685 Emstek

Diesem Antrag liegen bei:

- Ärztliche Zuweisung
- Kostenvoranschlag
- Zertifikat „Ernährungsberaterin/ DGE“

Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

**Vermerk der Krankenkasse:**

Die Ernährungsberatung / Ernährungstherapie wird dem o.g. Versicherten in folgendem Umfang bezuschusst: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Krankenkasse