

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