

An die Krankenkasse:

Eine Kooperation von



Antrag auf Kostenbeteiligung

Für die ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V

Angaben der/ des Versicherten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer: _____

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für eine zertifizierte Ernährungstherapie nach § 43 SGB V, geleistet durch:

- Ernährungstherapie Oldenburg -
Lena Schröder & Anika Hümpel
Grüne Str. 4
26121 Oldenburg
info@ernaehrungstherapie-oldb.de
www.ernaehrungstherapie-oldb.de

Die Anbieterinnen erfüllen als staatlich anerkannte Diätassistentinnen die Qualitätsanforderungen für eine qualifizierte Ernährungsberatung/ -therapie und sind durch die Fachverbände zertifiziert (VFED/ VDD).

Die Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Versicherten