

An die Krankenkasse:

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 Anika Hümpel
Grüne Str. 4
26121 Oldenburg

Tel.: 0172 164 63 64

E-Mail: huempel@ernaehrungstherapie-oldb.de



Die Anbieterin erfüllt als staatlich anerkannte Diätassistentin die Qualitätsanforderungen für eine qualifizierte Ernährungsberatung/ -therapie und ist durch einen Fachverband (VDD) zertifiziert.

Die Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Versicherten