

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.

Der Anbieter bzw. die Anbieterin erfüllt als staatlich anerkannte:r Diätassistent:in die Qualitätsanforderungen für eine qualifizierte Ernährungsberatung/-therapie und ist durch einen Fachverband zertifiziert.

Die Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Versicherten