

Name, Vorname des Versicherten

-
➤ Anschrift der Krankenkasse/Krankenversicherung Anschrift des Versicherten
➤
➤
➤
➤ Versichertennummer:
➤

Antrag auf Kostenerstattung für eine

- **Präventive Ernährungsberatung nach §20 Abs. 1 SGB V**
- **Ernährungstherapeutische Beratung nach §43 Abs. 2 SGB V**

Ich beantrage Kostenerstattung für verhaltensorientierte Ernährungsberatung und Ernährungstherapie durch:

Praxis für Ernährungsberatung und –therapie Sabine Schlicker

Diätassistentin und Ernährungsberaterin/DGE

Praxis: Kurgartenstr. 1 („Sinfonie der Sinne“) 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Tel.: 02641/801-112 Fax: 02641/801-146 e-mail. : ernaehrung.schlicker@web.de

Frau Schlicker ist aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zusatzqualifizierung eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Qualifizierungsnachweise zur Vorlage bei der Krankenkasse können bei Bedarf in der Praxis angefordert werden.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfange gewährt:

Ort, Datum Stempel/Unterschrift der Krankenkasse/Versicherung