

Anschrift der Krankenkasse

[Redacted address fields]

Antrag auf Kostenerstattung für

- präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V
 ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname
(des Versicherten)

[Redacted name field]

Anschrift

[Redacted address field]

Versichertennummer

[Redacted insurance number field]

Ich beantrage Kostenerstattung für die oben genannte Leistung durch:



Annette Kahl
Ernährungsberaterin/DGE
Eidelstedter Platz 21
22523 Hamburg
Mobil 0179 / 399 88 69
kontakt@ak-ernaehrungsberatung.de
www.ak-ernaehrungsberatung.de

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

[Redacted location and date field]

Unterschrift des Versicherten

[Redacted signature field]

Raum für Vermerke der Krankenkassen

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt:

[Large empty box for remarks]