

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung für

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

Name, Vorname  
des Versicherten

---

Anschrift

---

Versichertennummer

---

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durchgeführt von:



Frau \_\_\_\_\_ ist qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. Qualifikationsnachweise liegen bei.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ der Kostenvoranschlag liegt bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
Versicherten

Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: