

Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V

ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:

Anna Fleth, M.Sc. Ökotrophologin

Ganzheitliche Ernährungsberatung

Geinegge 23a, 59075 Hamm

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten