

Antrag auf Kostenerstattung

An die Krankenkasse		Für den Patienten	
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Zusatz:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnr.:		Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Telefon, E-Mail:		Versicherten-Nr.:	

Antrag auf Erstattung für

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

Angefallene Kosten

Anzahl Stunden/Sitzungen:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Kosten pro Stunde/Sitzung:	
---------------------------	---	----------------------------	--

Beratung/Kurs durchgeführt von

Name:	Ernährung mit Köpfchen Anita Kopf B.Sc.	Geburtsdatum:	23.02.1972
Straße, Hausnr.:	Bühlackerstr. 99	Tel./ E-Mail:	01631726482
PLZ, Ort:	71394 Kernen i.R.	Zertifizierungs-ID:	

Dem Antrag liegen bei

- ☐ Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ☐ Kostenvoranschlag

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

Vermerk der Krankenkasse

Dem Antrag wird ☐ nicht stattgegeben | ☐ in folgendem Umfang stattgegeben:

Datum, Ort

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse