

Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung

Für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V
(mit ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung).

Angaben der/des Versicherten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:



Sabrina Inwiche
Ernährungsberaterin/DGE
Alexanderstraße 13
53113 Bonn

Die Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten