

### **Anschrift Krankenkasse**

### **Versicherte/r**

Name, Vorname

  

Anschrift

  
  

Geb. Dat.  
Vers. Nr.:

### **Antrag auf Kostenerstattung für**

- Präventive Ernährungsberatung nach §20 Abs. 1 SGB V
- Ernährungstherapeutische Beratung nach §43 Abs. 2 SGB V

Ich beantrage die anteilige Kostenerstattung für die Ernährungsberatung /Ernährungstherapie durch die

Diplom Oecotrophologin, Ernährungsberaterin (VDOe) Kadi Sieben

Bernstorffstraße 120, 22767 Hamburg, Fon 040- 68988585 Fax 040-68988587

Sie ist aufgrund ihres Studiums mit Abschluss Diplom Oecotrophologin und der Zertifizierung als Ernährungsberaterin VDOe von den Krankenkassen anerkannt.

Qualifizierungsnachweise können, soweit sie nicht vorliegen, angefordert werden.

Die ärztliche Verordnung (Ernährungstherapie §43) / der Kostenvoranschlag liegt vor.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Versicherten

### **Für die Krankenkasse:**

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang bewilligt:

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

\_\_\_\_\_  
Stempel der Krankenkasse