

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 durch :

Praxis für Ernährungsberatung und-therapie
Dr. Regina Börjesson-Stoll
Dipl. Oekotrophologin (Zertifikat)
Quetheb Reg. Nr. Q 1107ET-0470
Rothenburg 43-44
48143 Münster

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ der Kostenvoranschlag liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift
des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfange gewährt: