

An die

## Antrag auf Kostenerstattung für

ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname  
(des Versicherten) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:

Dipl. Oecotrophologin Heinke Kalkbrenner  
Ernährungsberatung und -therapie

Primelstr. 23a  
85591 Vaterstetten

ZERTIFIKAT  
ERNÄHRUNGSBERATERIN

  
BERUFSVERBAND  
OECOTROPHOLOGIE E.V.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: