

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 Dipl.oec.troph. Ulrike Breunig Tal 44 in 80331 München. Frau Breunig ist über den Berufsverband Oecotrophologie e.V. qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie.

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: