

Name, Vorname des Versicherten	
Straße	
PLZ Ort	
Versichertennummer	
Geburtsdatum	
Telefon/E-Mail (freiwillig)	

Anschrift Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung für

- ☐ präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V
☐ ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Die Beratung wird durchgeführt von:

Dipl.-Oec.troph., VdOe-zertifiziert
Frauke Dietz-Wellhausen
 Schnieglinger Straße 80
 90419 Nürnberg

Telefon: 0179 - 205 71 37 E-Mail: praxis(at)dietz-wellhausen.de
 Homepage: www.dietz-wellhausen.de

Der Kostenvoranschlag und gegebenenfalls die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkassen

Die Beratung / Therapie wird in folgendem Umfang bewilligt:

Datum, Stempel

Unterschrift des Erstatters