

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
----------------	-----------------------------