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
Martin-Treu-Straße 31
90403 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