

Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung

Für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V (mit ärztlicher
Notwendigkeitsbescheinigung)

Angaben der/des Versicherten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

Ich beantrage eine Kostenerstattung für die oben genannte Leistung durch:



Annamaria Schan
Ernährungsberatung & -therapie

M. Sc. Ernährungswissenschaften, Ernährungsberaterin/DGE

Fadenweg 19, 68307 Mannheim

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten