

## Antrag auf Kostenerstattung für

Anschrift Ihrer Krankenkasse

- präventive Ernährungsberatung  
nach § 20 Abs. 1 SGB V
  - als Einzelberatung
  - als Gruppenberatung

- ernährungstherapeutische Beratung  
nach § 43 Abs. 2 SGB V
  - als Einzelberatung
  - als Gruppenberatung

Name, Vorname  
des Versicherten

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Zu beratende Person

(Falls vom Versicherten abweichend)

\_\_\_\_\_

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:



Sportplatzstraße 18 51147 Köln Diplom Oecotrophologin Anja Roth  
zertifiziert – von Krankenkassen anerkannt

Tel.: 02203-20 89 46 Fax: 02203-20 89 44 E-Mail: [ernaehrung.kommunikation@gmail.com](mailto:ernaehrung.kommunikation@gmail.com)  
[www.praxis-ernaehrung.de](http://www.praxis-ernaehrung.de)

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvorschlag liegen bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: