

Antrag auf Kostenerstattung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

- Ernährungsberatung (gemäß § 20 Abs. 1 SGB V)
- Ernährungstherapeutische Beratung (gemäß § 43 Abs. 2 SGB V)

Name, Vorname (des Patienten)

geb. am

Straße PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Hiermit beantrage ich die Übernahme für oben genannte Leistung, welche von Frau Kora Anker durchgeführt wird.

Als Diätassistentin mit gültigem Fortbildungszertifikat des Bundesverbandes deutscher Diätassistenten erfüllt Frau Kora Anker die Qualitätsanforderungen der Krankenkassen als Voraussetzung für eine Kostenerstattung.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie der Kostenvoranschlag / die Rechnung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Bewilligung zur Kostenübernahme wird von der Krankenkasse ausgefüllt

Hiermit bewilligen wir o. g. Versicherten eine Erstattung der Kosten in Höhe von _____ €.

Datum/Stempel/Unterschrift der Versicherung