

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung für

- präventive Ernährungsberatung  
nach § 20 Abs. 1 SGB V
- ernährungstherapeutische Beratung  
nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname  
des Versicherten

---

Anschrift

---

Versichertennummer

---

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch

**Praxis für Ernährungsberatung und -therapie**  
Beatrix Held  
Qualifizierte Diät und Ernährungsberaterin VFED

Pollerstrasse 1a  
52388 Nörvenich  
Tel 02426 - 903 966

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift  
des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: