

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 die
GesundheitsPark Driburgerstrasse, Diät-&Diabetesassistentin
Nadja Schellenberg Driburgerstr.42 33100 Paderborn.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/der Kostenvoranschlag liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift
Des Versicherten

Die Ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt:

Raum für Vermerke der Krankenkasse