

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung

Für eine präventive Ernährungsberatung nach § 20 SGB V für folgenden  
ZPP geprüften und zertifizierten Kurs „Individuelle Einzelberatung zur Vermeidung und  
Reduktion von Übergewicht – Schritt für Schritt (6 Termine)

Kursnummer: KU-ER-DCC214

Angaben der/des Versicherten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:

SERAPHINA LB

Ernährungsberatung & Ernährungstherapie

Ernährungsberaterin VFED

Friedrichstraße 83-85

68199 Mannheim

Der Kostenvoranschlag liegt bei.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten