

Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung

- Präventive Ernährungsberatung nach § 20 SGB V
(ohne ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung)
- Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V
(mit ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung)

Angaben der/des Versicherten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:

SERAPHINA KOLB
Ernährungsberatung & Ernährungstherapie
Ernährungsberaterin VFED
Friedrichstraße 83-85
68199 Mannheim

Die Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. eines Elternteils