

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 (5 Termine)

Kursnummer: KU-ER-SU13LG

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