

Anschrift der Krankenkasse

### Antrag auf Kostenerstattung

Für eine 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 VDOE

Friedrichstraße 83-85

68199 Mannheim

Die Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. eines Elternteils