Anschrift der Krankenkasse

**Antrag auf**

**Kostenerstattung für**

 **Präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V**

**Ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V**

Versicherter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:**

**Diättherapie und Ernährungsberatung Ute Jentschura**

**Diplom-Oecotrophologin und Diätassistentin (VFED-Zertifikat)**

**in der**

**Praxis für Osteopathie und Naturheilkunde Maria Rupprecht**

**Goebenstr. 54, 48151 Münster**

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ der Kostenvoranschlag liegen bei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten

Vermerke der Krankenkasse:

**Die ernährungstherapeutische Beratung wird im folgenden Umfang gewährt:**