

Antrag auf
Kostenerstattung

- Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V**
 Ernährungstherapie nach § 43 Abs. 2 SGB V

Versicherte/r

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung der Ernährungsberaterin, Dipl. oec. troph. Maike Schumacher, Max-Reger-Straße 1, 28209 Bremen, kontakt@maikeschumacher.de, 0421-51705645

Frau Maike Schumacher ist qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung. Sie wurde im März 2012 durch den VDOe als Ernährungsberaterin zertifiziert. Eine Bescheinigung sowie ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die Ernährungsberatung/Ernährungstherapie wird in folgendem Umfang gewährt: