

Antrag auf Kostenerstattung

An die Krankenkasse		Für den Klienten/ Patienten	
Name:		Name:	
Ansprechpartner:		Vorname:	
Straße, Hausnr.:		Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefon:	
E-Mail:		Versichertenr.:	
Antrag auf Erstattung für			
☐ ernährungstherapeutische Beratung nach §43 Abs. 2 SGBV			
☐ präventive Ernährungsberatung nach §20 Abs. 1 SGBV			
☐ Präventionskurs/ andere:			
Kursname:			
Kurs-ID:		Anzahl Einheiten:	
Angefallene Kosten			
Anzahl Stunden/ Sitzungen:		Kosten pro Stunde/ Sitzung:	
Beratung/ Kurs durchgeführt von			
Name:		Zertifizierungs-ID:	
Straße, Hausnr.:		E-Mail:	
PLZ, Ort:		Telefon:	
Dem Antrag liegen bei:			
☐ Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ☐ Kostenvoranschlag			
☐ Sonstiges:			
Datum, Ort		Unterschrift Klient/ Patient	
Vermerk der Krankenkasse			
Dem Antrag wird ☐ nicht stattgegeben ☐ in folgendem Umfang stattgegeben.			
Datum, Ort		Stempel/ Unterschrift Krankenkasse	