

(Anschrift der Krankenkasse)

Antrag

auf Bezuschussung
ernährungstherapeutischer
Beratungsleistungen
gem. § 43 (1),2 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich

Name und Vorname der/des Versicherten

Anschrift

Versichertennummer/-kennzeichen

eine Zusage für die Bezuschussung einer ernährungstherapeutischen Beratung
gem. §§ 43 aufgrund ärztlicher Zuweisung
(s. anliegende Kopie der Zuweisung) von:

Name und Ort der Arztpraxis /des Krankenhauses

Die Beratung wird bei der zertifizierten Ernährungsberaterin *
Frau Dipl. oec. troph. Beate Daâs,
Praxis f. Ernährungstherapie und –beratung,
Lerchenstraße 22, 24103 Kiel, www.bessere-ernaehrung.de
Telefonnr.: 0431-97 99 56 84, Email: beatedaas@gmail.com
durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift d. Versicherten

*

(*Zertifikat für Ernährungsberatung VFED)