

# Antrag auf Kostenerstattung

## An die Krankenkasse

## Für den Patienten

Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Zusatz:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnr.:		Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Telefon, E-Mail:		Versicherten-Nr.:	

## Antrag auf Erstattung für

- ernährungstherapeutische Beratung nach §43 Abs. 2 SGB V
- präventive Ernährungsberatung nach §20 Abs. 1 SGB V
- Präventionskurs

Name:		Kurs-ID:		Preis, Umfang:	
-------	--	----------	--	----------------	--

## Angefallene Kosten

Anzahl Stunden/Sitzungen:		Kosten pro Stunde/Sitzung:	
---------------------------	--	----------------------------	--

## Beratung/Kurs durchgeführt von

Name:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnr.:		Tel./ E-Mail:	
PLZ, Ort:		Zertifizierungs-ID:	

## Dem Antrag liegen bei

- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung  Kostenvoranschlag

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

## Vermerk der Krankenkasse

Dem Antrag wird  nicht stattgegeben |  in folgendem Umfang stattgegeben:

Datum, Ort

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse