

Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung für:

- Diättherapie bei ernährungsbedingten Erkrankungen oder krankheitsbedingten Ernährungsproblemen nach § 43 Abs. 2 SGB V
- Ernährungsberatung zur Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

Name, Vorname: _____
(des Versicherten)

Anschrift: _____

Versichertenr.: _____

Ich beantrage Kostenerstattung für die oben genannte Leistung durch:



Kuckucksruf 9
14478 Potsdam

Tel. 0331 87004292

www.delia-winke.de
info@delia-winke.de

Im Servicepunkt K2
Parkplatz roter Netto

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
(Überweisung) und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Vermerke von der Krankenkasse

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: