

Antrag auf Kostenerstattung für ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V

Name: _____

Adresse: _____

Vers.-Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenerstattung durch folgenden Anbieter:

Zentrum für Ernährungstherapie und Prävention – Krankenhaus Waldfriede
Amelie Kahl / Cindy Heerling/ Julia Günzel
alle B.Sc. Diätetik, Diätassistentinnen, VDD-Fortbildungszertifikat
Argentinische Allee 40
14163 Berlin

Berlin, den _____

Unterschrift der/s Versicherten

- Raum für Vermerke der Krankenkasse –
Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: