

Anschrift der Krankenkasse

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 SGB V

Name des Versicherten: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich beantrage Kostenerstattung für eine Ernährungsberatung durch:

Maria Hufnagl

Diplom-Oecotrophologin
Albert-Kleinheinz-Str. 25
71696 Möglingen

Maria Hufnagl ist qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung und -therapie bei E-Zert (Zertifizierungsnummer: 2501070003).

Sie ist Mitglied im Berufsverband Oecotrophologie (VDOE) sowie im Verband für unabhängige Gesundheitsberatung (UGB).

Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse