

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung bzw. Kostenzuschuss

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

Name, Vorname  
des Versicherten

Anschrift

Versichertennummer

Ich beantrage eine Kostenerstattung für oben genannte Beratung durch:



ERNÄHRUNGSBERATUNG & THERAPIE

*Astrid Schilling*

Diplom-Ernährungswissenschaftlerin  
Ernährungsberaterin/DGE  
Ernährungsfachkraft Allergologie (DAAB)

Im Flath 19, 38542 Leiferde

05373 982 99 66

[info@ernaehrungsberatung-schilling.de](mailto:info@ernaehrungsberatung-schilling.de)

[www.ernaehrungsberatung-schilling.de](http://www.ernaehrungsberatung-schilling.de)

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und ein Kostenvoranschlag liegen dem Antrag bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten (Bei Minderjährigen: des/der Sorgeberechtigten)

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische/präventive Behandlung wird in folgendem Umfang gewährt: