



Denise Henne
Staatl. anerkannte Diätassistentin
Schützenstraße 2/1
72401 Haigerloch – Owingen
T: 07474 918584
F: 07474 7454
E: info@my-foodcoaching.de
www.my-foodcoaching.de

Antrag auf Kostenerstattung

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Ernährungsberatung

gemäß § 20 Abs. 1 SGB V

Ernährungstherapeutische Beratung

gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname (des Versicherten)

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versichertennummer

Hiermit beantrage ich die Übernahme für oben genannte Leistung, welche von Frau Denise Henne durchgeführt wird. Als Diätassistentin mit gültigem Fortbildungszertifikat des Bundesverbandes deutscher Diätassistenten erfüllt Frau Denise Henne die Qualitätsanforderungen der Krankenkassen als Voraussetzung für eine Kostenerstattung.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie der Kostenvoranschlag / die Rechnung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Bewilligung zur Kostenübernahme

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt

Hiermit bewilligen wir o. g. Versicherten eine Erstattung der Kosten in Höhe von _____ €.

Datum

Stempel, Unterschrift