

**Antrag auf
Kostenzuschuss
für die
therapeutische Ernährungsberatung
nach § 43 SGB V**

Name, Vorname
des Versicherten

Anschrift

Versichertennummer

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:



ernährungunddiät

Daniela Kluthe-Neis
Ernährungstherapie

Kohlgasse 4
89073 Ulm
0731.9508436
info@ernaehrung-ulm.de
www.ernaehrung-ulm.de

Frau Kluthe-Neis erfüllt die Qualitätsanforderungen für die Ernährungsberatung und Ernährungstherapie von QUETHEB e.V. - Registrierungsnummer Q0402ET-0084.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungstherapie bei folgender Diagnose:

Hiermit bestätige ich meiner/m Patientin/en die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung zur Ernährungsumstellung.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Stempel Arztpraxis