

Name und Adresse der Krankenkasse:

Name und Adresse des Versicherten:

Versichertennummer:

Antrag auf Kostenerstattung für eine

Präventive Ernährungsberatung nach §20 Abs. 1 SGB V

Ernährungstherapeutische Beratung nach §43 Abs. 2 SGB

Ich beantrage Kostenerstattung für verhaltensorientierte Ernährungsberatung und Ernährungstherapie durch:

Riks Finke, Oecotrophologe B.Sc. / Ernährungsberater VDOe

Praxisanschrift: nutriconsil
Praxis für Ernährungstherapie und Ernährungsberatung
Richard-Schirrmann-Weg 4
48151 Münster
Tel: 0251 14118988
Fax: 0322 23387040
info@nutriconsil.de
www.nutriconsil.de

Herr Finke ist aufgrund seiner Ausbildung und seiner Zusatzqualifizierung eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Qualifizierungsnachweise können bei Bedarf unter der oben angegebenen Internetadresse eingesehen oder von der Praxis angefordert werden.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten