

ANTRAG KOSTENERSTATTUNG

Name und Anschrift der Krankenkasse:

**Antrag auf
Kostenerstattung für:**

präventive Ernährungsberatung
nach § 20 Abs. 1 SGB V

ernährungstherapeutische Beratung
nach § 43 Abs. 2 SGB V

Versicherte/r:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Versichertennummer

**Ich beantrage Kostenerstattung für
oben genannte Leistung durch:**

Praxis für Ernährungsberatung - EssWert GmbH & Co. KG

Rudolf-Clausius-Straße 66
97080 Würzburg

Tel.: 0931 3051 9695 (Würzburg)

Tel.: 0711 4903 9518 (Stuttgart / Horb am Neckar)

E-Mail: hallo@esswert.com

Erfüllt die Qualitätsanforderungen für die Ernährungsberatung und
Ernährungstherapie des VFED e.V. sowie des Verbandes der Diätassistenten
(VDD zertifiziert). Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie der
Kostenvoranschlag bzw. die Rechnung liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse.
Die ernährungstherapeutische Beratung
wird in folgendem Umfang gewährt:

Ein Angebot der
EssWert GmbH & Co. KG
Rudolf-Clausius-Straße 66
97080 Würzburg

Praxis Würzburg
Tel.: 0931 3051 9695
Praxis Stuttgart / Horb am Neckar
Tel.: 0711 4903 9518

E-Mail: hallo@esswert.com

Martina Amon / Sven Bach
Staatlich geprüfte Diätassistenten
Qual. Diät-/Ernährungsberater (VFED, VDD)