

Anschrift der Krankenkasse

**Für die Krankenkasse**

---

---

---

---

**Antrag auf Kostenzuschuss  
Für Ernährungsberatung/ Prävention**

Name, Vorname  
(des Versicherten)

---

Anschrift

---

Versichertennummer

---

**Ich beantrage Kostenerstattung für Ernährungsberatung für Prävention durch:**

Dipl. oec. troph. Katrin Kleinesper  
Bebelallee 66b  
22297 Hamburg  
Tel. 0179 – 22 89 365  
Email info@sportandfood.de

Erfüllt die Qualitätsanforderungen für die Ernährungsberatung und Ernährungstherapie des  
Verbands der Oecotrophologen e. V.

---

Ort, Datum

Unterschrift (des Versicherten)

Raum für Vermerke der Krankenkasse: