

Anschrift der Krankenkasse

**Für die Krankenkasse**

---

---

---

---

**Antrag auf Kostenzuschuss**  
**Für ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
(des Versicherten)

Anschrift \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Ich beantrage Kostenerstattung für ernährungstherapeutische Beratung durch:**

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

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

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ Kostenvoranschlag liegt bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des Versicherten)

Raum für Vermerke der Krankenkasse: