

Anschrift der Krankenkasse

**Grüne Apotheke**  
**Am Marktplatz 5**  
**65779 Kelkheim**  
**Tel. 0163-5534034**  
**ernaehrung.info@web.de**

### **Antrag auf Kostenerstattung**

---

**Vorname, Nachname, Geburtsdatum**

**(Versichertennummer)**

- für primärpräventive Ernährungsberatung nach §20 Abs. 1 SGB V
- für ernährungstherapeutische Beratung nach §43 Abs. 2 SGB V

Ich beantrage Kostenerstattung für Ernährungsberatung bzw. Ernährungstherapie durch Frau Anne-Kristin Schild, B.A. Ernährungsberatung und Ernährungsberaterin/DGE. Frau Schild ist aufgrund ihres Studiums und ihrer Zusatzqualifikation eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Qualifizierungsnachweise können, soweit diese noch nicht vorliegen, per Email angefordert werden.

#### **Anlagen:**

- ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
- Kostenvoranschlag
- Rechnung

---

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten