

Antrag auf Bewilligung der Kostenerstattung Ernährungstherapie

Datum

Versicherte/r

Name, Vorname, Anschrift, Versichertennummer

Antrag auf Kostenerstattung für eine ernährungsmedizinische Beratung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Kostenübernahme der individuellen Beratung durch Diplom-Oecotrophologin Daniela Brand:

Beratungen	Zeitdauer	Kosten
1. Beratungsgespräch	60 min.	80,00 €
2. Beratungsgespräch	60 min.	80,00 €
3. Beratungsgespräch	60 min.	80,00 €
4. Beratungsgespräch	60 min.	80,00 €
5. Beratungsgespräch	60 min.	80,00 €
Gesamtbetrag		400,00 €

Leistungserbringerin: Daniela Brand, Diplom-Oecotrophologin, Fachberaterin für
Essstörungen, Ernährungsberaterin VDO_E

Praxisanschrift: Clemens-August-Straße 29a, 59320 Ennigerloh

Kontakt: Tel. 0 25 24 / 92 97 11, Fax 0 25 24 / 26 32 886

Es liegen bei: ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung / Rezept

Ich bitte Sie um Prüfung der Möglichkeit der Kostenübernahme und um Informierung. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des Versicherten