

Anschrift der Krankenversicherung    	Anschrift des Versicherten  Name, Vorname: _____  Straße: _____  PLZ, Ort: _____
---------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Antrag auf Kostenerstattung**

**einer ernährungstherapeutischen Einzelberatung nach § 43 Abs. 2 SGB V**

Ich beantrage Kostenerstattung für eine verhaltensorientierte Ernährungsberatung und Ernährungstherapie durch:

*Diplom-Oecotrophologin Dr. Brigitte Bäuerlein, Mittelstraße 73, 58285 Gevelsberg*

**Praxisadresse:** Südstrasse 2, 58285 Gevelsberg

Tel: 02332-917135 Fax: 02332-917134

Frau Dr. Bäuerlein ist VdOe-zertifiziert. Qualifizierungsnachweise können jederzeit angefordert

werden unter: [info@ernaehrungswegen.de](mailto:info@ernaehrungswegen.de)



Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ist diesem Antrag beigelegt. Die Kosten belaufen sich auf 95 € pro einstündiger und 50 € pro halbstündiger Beratung. Für Hausbesuche werden pauschal weitere 40 € berechnet.

---

Ort, Datum und Unterschrift des Versicherten

Vermerk der Krankenkasse:

Die Ernährungsberatung/-therapie wird in folgendem Umfang bezuschusst:

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Versicherung

Ich veranschlage 5 Beratungstermine. Der erste Termin ist einstündlich, die Folgetermine sind 30-minütig. Die Beratungskosten sind oben angeführt. gez. Brigitte Bäuerlein