

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG FÜR

- präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs.1 SGB V
- ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 SGB V

Anschrift der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

Ich beantrage Kostenerstattung nach genannter Leistung (Kostenvoranschlag bzw. Rechnung) und Durchführung durch

**Karin Hofele, Dipl. Ökotrophologin
Praxis für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie
und Ernährungstherapie
Vaihinger Markt 14, 70563 Stuttgart**

Frau Karin Hofele ist qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. Qualifikationsnachweis über den Berufsverband Oecotrophologie e.V. (Zertifikat Ernährungsberatung) sowie über das Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung QUETHEB e. V. (Zertifikat Ernährungstherapie, Registrierungsnummer: Q1110ET-0566)

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse

Die Kosten für die Ernährungsberatung / Ernährungstherapie wird in folgendem Umfang gewährt