



Anschrift der Krankenkasse

**Antrag auf  
Kostenerstattung  
für**

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

Name, Vorname  
des Versicherten

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Versichertennummer

\_\_\_\_\_

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch Frau Anje Zygalski. Frau Zygalski ist Diplom-Oecotrophologin (FH) und zertifiziert durch den Verband der Oecotrophologen VDOE. Die Kopie der ärztliche Zuweisung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift  
des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfange gewährt: