

## Antrag auf Kostenerstattung

zur Einreichung bei Ihrer Krankenkasse  
nach Abschluss der Ernährungsberatung / -therapie

Anschrift der Krankenkasse

Angaben der versicherten Person

Name, Vorname:	Versicherten-Nr:
Anschrift:	Geburtsdatum:

### Ich beantrage eine Kostenerstattung für folgende Leistung:

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

durch: **Sandra Schallmayer, Diplom- Oecotrophologin (FH) und  
Ernährungsberaterin VDOE, Ernährungstherapeutin QUETHEB**  
Breidertring 2d, 63322 Rödermark, Tel: 06074 4863525, Fax: 06074 4863524  
E-Mail: mail@ernaehrungsberatung-schallmayer.de

Frau Sandra Schallmayer ist aufgrund ihres Studiums und ihrer Zusatzausbildung eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Qualifizierungsnachweise zur Vorlage bei der Krankenkasse können bei Bedarf in der Praxis angefordert werden bzw. stehen zum Herunterladen unter [www.ernaehrungsberatung-schallmayer.de/service](http://www.ernaehrungsberatung-schallmayer.de/service) zur Verfügung.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und ggf. die Abtretungserklärung liegen bei

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

### Vermerk der Krankenkasse:

Die Ernährungsberatung /-therapie wird in folgendem Umfang bezuschusst:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Krankenkasse/Versicherung