

# Antrag auf Kostenerstattung für eine ernährungstherapeutische Beratung

Anschrift der Krankenkasse/Krankenversicherung


Name und Anschrift des Versicherten

Name, Vorname
Straße, Hausnr.
Postleitzahl, Ort
Versichertennr.

**Ich beantrage die Kostenerstattung für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V, durchgeführt von:**

	Mareike Maurmann M. Sc. Ernährungswissenschaft Schlehdornweg 4a 58540 Meinerzhagen	Tel: 02358 2720200 E-Mail: <a href="mailto:ernaehrung@maurmann.eu">ernaehrung@maurmann.eu</a> <a href="http://www.ernaehrung-maurmann.de">www.ernaehrung-maurmann.de</a>	<b>ZERTIFIKAT</b> ERNÄHRUNGSBERATERIN <b>VDOE</b> BERUFSVERBAND OECOTROPHOLOGIE E.V.
--	---	--	--

Frau Maurmann ist aufgrund ihres Studienabschlusses als Master of Science in Ernährungswissenschaften und der Zertifizierung als Ernährungsberaterin VDOe eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft.

Als Anlage beigelegt:

- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
- Kostenvoranschlag für eine ernährungstherapeutische Beratung

Die Qualifizierungsnachweise (Zertifikat VDOe + Masterurkunde) können bei Bedarf bei Frau Maurmann angefordert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

**Raum für Vermerke der Krankenkasse:**

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse/-versicherung