



Dipl. troph.

**SEBASTIAN PAUL**  
ERNÄHRUNGSBERATER/DGE

## Antrag auf Kostenübernahme // Kostenzuschuss

**für:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ernährungstherapeutische Beratungen nach § 43 Abs. 2 SGB V**
- präventive Ernährungsberatung/Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V**

### Angaben zur/zum Versicherten

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse/-versicherung: \_\_\_\_\_

Ich bitte freundlich um Kostenübernahme bzw. um die Bezuschussung der anfallenden Kosten für die geplante, therapeutische/präventive Ernährungsberatung durch Herrn Sebastian Paul, Diplom Trophologe und zertifizierter Ernährungsberater/DGE.

Qualifizierungsnachweise können von der Krankenkasse/-versicherung gerne angefordert werden, sofern diese noch nicht vorliegen.

Die ärztliche Verordnung / ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag für die geplante Maßnahme liegt/liegen bei. (Zutreffendes bitte unterstreichen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

### Vermerk der Krankenkasse/Krankenversicherung

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Krankenkasse/-versicherung