

Name, Vorname des Versicherten.....  
Anschrift.....  
Versicherten-Nr.....

Anschrift Krankenkasse/Krankenversicherung

.....  
.....  
.....

### **Antrag auf Kostenerstattung für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 SGB V**

Ich beantrage die Kostenerstattung für eine verhaltensorientierte Ernährungsberatung und Ernährungstherapie:

Die Beratung wird durchgeführt am MVZ Andernach, Ernestus Platz 1, 56626 Andernach  
von

Ruth Kirchmann, Diplom-Ökotrophologin, Ernährungsberaterin/DGE, Diabetesassistentin/DDG

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten

**Adresse:**

MVZ Andernach  
Ernestus-Platz 1  
56626 Andernach

**Kontakt:**

Telefon: 02632-4048602  
E-Mail: ruth.kirchmann@stiftshospital-andernach.de