



**Natalie Aller**

...WO ESSEN SPASS MACHT!

## Antrag auf Kostenerstattung/Kostenvoranschlag

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

### Persönliche Daten des Versicherten / Antragstellers

Vor- & Nachname: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Email: .....

Krankenkasse: ..... Versicherungsnummer: .....

Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Dienstleistung	€ / Std.	Dauer	Betrag
		Brutto gesamt	

Hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme für o.g. Leistung, welche von **Frau Natalie Aller** durchgeführt wird. Als staatlich anerkannte und **VDE zertifizierte Diätassistentin** erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten

Die für die Kostenübernahme bei Therapie erforderliche ärztliche Empfehlung liegt bei. Dies gilt nicht für die präventive Ernährungsberatung.

### Bewilligung zur Kostenübernahme (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Hiermit bewilligen wir o.g. Versicherten eine Erstattung in Höhe von ..... €.

.....  
Datum / Stempel / Unterschrift des Erstatters