

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Versicherten-Nr.
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Name, Vorname	Anschrift	Telefonnummer

## Antrag auf Kostenerstattung

Für verhaltensorientierte Ernährungsberatung gemäß § 20 Abs. 1 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater.

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Perzentile: \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_

### mögliche Indikationen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwangere/Stillende  | <input type="checkbox"/> Kleinkinder/Kinder           | <input type="checkbox"/> Sportler               |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI <30) | <input type="checkbox"/> leicht erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Risiko für Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Senioren              | <input type="checkbox"/> _____                        | <input type="checkbox"/> _____                  |

Ich beantrage eine Kosterstattung für eine verhaltensorientierte Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V durch:

Frau Heiligmann und Ihre Mitarbeiter sind aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zusatzqualifikation eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Qualifikationsnachweise zur Vorlage bei der Krankenkasse können bei Bedarf in der Praxis angefordert werden.

Essgeföhl - Praxis für  
Ernährungstherapie  
Sandra Heiligmann  
Praxis Leutkirch:  
Kaiserhalde 18  
88299 Leutkirch  
Mobil: 075619740451

Praxis Wangen:  
Bindstraße 59  
88239 Wangen im Allgäu  
Mobil: 075619740451  
eMail: info@essgefuehl.de

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