



**Adresszeile Absender**

**Empfänger**

**Angaben zur Versicherten Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG**

- für eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V
- für eine präventive Ernährungsberatung nach § 20 SGB V

Ich bitte um Kostenerstattung für die oben genannte Leistung durch:

**Katharina von Gadow**

Diät- und Ernährungsberaterin VFED  
Körper und Gesundheit – Praxis für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie  
c/o Praxis Dr. med. S. Tapken  
Quantiusstr. 21, 53115 Bonn  
Tel.: 0151/62450297  
bonn@koerpergesundheit.de

Katharina von Gadow ist aufgrund ihres Studiums und ihrer Zusatzausbildung zur Diät- und Ernährungsberaterin VFED qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. Qualifizierungsnachweise können bei Bedarf angefordert werden.

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

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

Diesem Antrag liegen bei:     Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung     Kostenvoranschlag

VON DER KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN. SCHREIBEN NACH BEWILLIGUNG BITTE AN VERSICHERTEN ZURÜCKSENDEN. ERSTATTUNG DER KRANKENKASSE/PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG IN HÖHE VON: