

## Vom Patienten auszufüllen!

(gemeinsam mit der **KOPIE!** der „**Ärztlichen Zuweisung**“ der Krankenkasse vorlegen)

Anschrift der Krankenkasse:

### **Antrag**

**auf Kostenzuschuss  
für eine ernährungstherapeutische  
Beratung nach §43 SGB V**

#### **Hiermit beantrage ich:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

einen Kostenzuschuss für eine ernährungstherapeutische Beratung nach §43 SGB V aufgrund einer ärztlichen Zuweisung/Verordnung (s. beiliegende Kopie) durch:

**Nina Radensleben - staatlich geprüfte Diätassistentin**

**VDD- zertifiziert**

**essen.tiell**

Diättherapie und Ernährungsberatung

Alter Dorfrand 28

01454 Ullersdorf

Telefon 0173 / 3957275 / kontakt@essen.tiell.de

www.essen.tiell.de

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

#### **Anmerkungen der Krankenkasse:**

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang bezuschusst:

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der Krankenkasse