

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung für

- ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V** alternativ nach GOÄ  
(mit ärztlicher Verordnung)
- präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V**  
„Ernährungsberatung individuell optimiert“ **6 x 45 min**  
(Ziel: Vorbeugung v. Fehl- und Mangelernährung) **(anerkannt durch-Zentrale Prüfstelle für Prävention**
- Präventionskurs 'Fit in Körper & Geist – Ernährungsberatung 8 x 45 min**

Name, Vorname  
des Versicherten

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Versichertennummer

\_\_\_\_\_

Ich beantrage Kostenerstattung nach den ärztlich verordneten Ernährungsberatungen (max. Umfang 10 Sitzungen Ernährungsanamnese & Ernährungstherapie **§ 43 Abs. 2 SGB V** (à 60min) max. 80 € /h inkl. Infomaterialien. Bei Vertrag mit der zuständigen Krankenkasse, Abrechnung nach Vereinbarung. Durchführung der Beratung:

**Lisa Wohlfrom**  
**Diplom- Oecotrophologin**  
**Praxis für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie**  
**Prof. Becker Weg 11, 82418 Murnau - Riedhausen**  
**Tel. 08841-90885, Fax 08841-90827**  
**E-mail : [praxis-wohlfrom@online.de](mailto:praxis-wohlfrom@online.de)**  
[www.ernaehrungsberatung-murnau.de](http://www.ernaehrungsberatung-murnau.de)

Frau Lisa Wohlfrom ist qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. Qualifikationsnachweis über das Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung **QUETHEB e. V.**

**Registrierungsnummer: Q0101ET-0025**

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ die Rechnung/ der Kostenvoranschlag liegt bei Bedarf bei.

Ort, Datum

Unterschrift  
des Versicherten

Raum für weitere Angaben