

## 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:

**Susanne Bilz \***  
**Diättherapie und Ernährungsberatung**  
**Diplom-Oecotrophologin/Diabetesassistentin DDG**  
**Naumannstraße 3 / 01309 Dresden**  
**FON: 0351-21 76 17 00 / FAX: 0351-21 76 17 01**  
[info@bilz-ernaehrungsberatung.de](mailto:info@bilz-ernaehrungsberatung.de)

\* Erfüllt die Qualitätsanforderungen für die Ernährungsberatung und Ernährungstherapie des Instituts QUETHEB e.V. Das entspricht den Anbieterqualifikationen der Spitzenverbände der Krankenkassen § 20 ABS. 1 und 2 und § 43 ABS. 1 Nr. 2 SGB V.

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

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

### **Anmerkungen der Krankenkasse:**

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang bezuschusst:

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

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

Sie können das Formular auch downloaden unter [www.bilz-ernaehrungsberatung.de](http://www.bilz-ernaehrungsberatung.de) / Downloads