

Anschrift der Krankenkasse:

Name, Vorname des Versicherten: _____

Anschrift: _____

Versichertennummer: _____

**Antrag auf Kostenerstattung für eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß ärztlicher
Notwendigkeitsbescheinigung nach § 43 SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage Kostenerstattung für die genannten Leistungen laut Rechnung durch:

Reseto GmbH
Resetoria – Die Ernährungsberatung
Enzianstraße 6
82319 Starnberg-Percha

Qualifikationsprüfung durch die Deutsche Gesellschaft der qualifizierten
Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater QUETHEB e. V., Reg.-Nr.: Q1019ET-000747

Anlage:

- Rechnung
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten