

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung für

ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname  
des Versicherten

---

Anschrift

---

Versichertennummer

---

Ich beantrage Kostenerstattung für die oben genannte Leistung durch die Praxis für Ernährungstherapie und Beratung, Dr. Claudia Laupert-Deick.

Frau Dr. Claudia Laupert-Deick ist qualifiziert zur Ausübung der Ernährungstherapie und Beratung. Qualifikationsnachweis über das Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung QUETHEB e. V.  
Reg.-Nr.: Q0702ET-0099

**Die Berechnung der Kosten erfolgt nicht nach der GÖÄ, da Oecotrophologen nicht den Heil- und Hilfsberufen zugeordnet werden. Die Leistungssätze von Frau Dr. Laupert-Deick richten sich nach den Honorarempfehlungen für Ernährungstherapie des Berufsverbandes, Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOE).**

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/Kostenvoranschlag liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift  
des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: