

Anschrift der Krankenkasse

**Antrag auf  
Kostenzuschuss  
für  
ernährungstherapeutische  
Beratung  
gemäß § 43 Abs. 2 SGB V**

Name, Vorname  
des Versicherten

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Versichertennummer

\_\_\_\_\_

**Ich beantrage Kostenerstattung für ernährungstherapeutische Beratung durch:**

**Ernährungsinstitut Carmen Brehler**

Praxis für Ernährungsberatung und -therapie  
Dipl. oec. troph. Carmen Brehler & Dipl. oec. troph. Petra Kipp  
Hirschstraße 143  
76137 Karlsruhe  
☎ 0721/ 82 03 334  
FAX 0721/ 82 03 335  
E-Mail: [info@ernaehrungsinstitut.de](mailto:info@ernaehrungsinstitut.de)  
[www.ernaehrungsinstitut.de](http://www.ernaehrungsinstitut.de)

Erfüllen die Qualitätsanforderungen der **Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater - QUETHEB e. V.**  
Das Entspricht den Anbieterqualifikationen der Spitzenverbände der Krankenkassen  
§ 20 ABS. 1 und 2 und § 43 ABS. 1 Nr. 2 SGB V.  
Registrierungsnummer Q0903ET-0186 und Registrierungsnummer Q0107EB-0437.

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Ernährungstherapie:**

Hiermit bestätige ich o.a. Patientin/en die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung zur Ernährungsumstellung. Die ärztliche Leistung der Diättherapie delegiere ich an o.a. Ernährungstherapeuten.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Arztpraxis