

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung für

- präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V
- ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

### Versicherte Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für den durch die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) geprüften und zertifizierten Kurs:

**„Individuelle Einzelberatung zur Vermeidung einer Fehl- und Mangelernährung – Schritt für Schritt (3 Termine)“**

**Kursnummer: KU-ER-6EF582**

Leistungserbringerin ist:

**Frau Lydia Schilling**  
Giebnerstr. 15, 04279 Leipzig  
Ernährungswissenschaftlerin B.Sc., Ernährungsberaterin/DGE

Frau Schilling ist durch Ihr Studium und durch Ihre Zusatzqualifikation eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Die Qualifikationsnachweise können bei Bedarf bei ihr angefordert und eingesehen werden.

Diesem Antrag liegt ein Kostenvoranschlag bei.

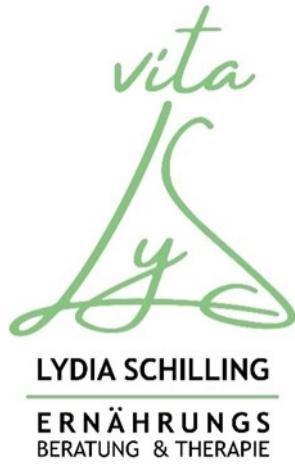
Mit freundlichen Grüßen

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der versicherten Person



Telefon:  
E-Mail:  
Internet:

01577 4022413  
hallo@vitalys-schilling.de  
www.vitalys-schilling.de

### Kostenvoranschlag für die präventive Ernährungsberatung

Für meine Leistungen im Rahmen des ZPP geprüften und zertifizierten Kurses

#### **Individuelle Ernährungsberatung (IEB) zur Vermeidung einer Fehl- und Mangelernährung – Schritt für Schritt (3 Termine)**

Kursnummer: KU-ER-6EF582

berechne ich wie nachfolgend beschrieben.

Hinweis: Als Kleinunternehmerin gemäß § 19 (1) UStG wird keine Umsatzsteuer berechnet.

Beschreibung	Preis
3 Beratungstermine à 60 min	270,00 €

