

Antrag auf Kostenübernahme zur Ernährungsberatung
im Rahmen der Rehabilitation nach §43 (SGB V)

Daten der/ des Versicherten

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, PLZ, Ort: _____
Krankenkasse: _____

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ Diagnose

- Stoffwechselerkrankungen: _____
- Erkrankungen der Verdauungsorgane: _____
- Schluckstörungen: _____
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: _____
- Osteoporose, Rheuma,
orthopädische Beschwerden: _____
- Allergien: _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
- Hauterkrankungen: _____
- Krebserkrankungen: _____
- Fehl- und Mangelernährung: _____

Datum: _____ Unterschrift des Arztes + Arztstempel: _____