

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung für ernährungstherapeutische Beratung

Name, Vorname  
des Versicherten

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Versichertennummer

\_\_\_\_\_

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:

 Dr. Petra Goergens  
Ernährungswissenschaftliche Konzepte  
Beratung | Seminare



Adresse:

**Praxis für Ernährungstherapie**  
**Dr. Petra Goergens**  
**Moldenweg 11**  
**21339 Lüneburg**

**Tel.: 04131 – 2 06 28 55**  
**Mobil: 0176 – 31 56 90 54**  
**Email: kontakt@petra-goergens.de**

**Institutionskennzeichen IK 590300640**

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten