

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