

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

Angaben zur/zum Versicherten:

Name, Vorname:	geb.:
Straße, PLZ, Ort:	
Krankenkasse:	

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/ Diagnose:**

<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen: _____
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen der Verdauungsorgane: _____ Schluckstörungen: _____
<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: _____
<input type="checkbox"/>	Osteoporose, Rheuma, orthopädische Beschwerden: _____
<input type="checkbox"/>	Allergien: _____ Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen: _____
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen: _____
<input type="checkbox"/>	Fehl- und Mangelernährung: _____

Datum:

Unterschrift Arzt + Arztstempel:

**KD ERNÄHRUNGSKONZEPTE**

INHABERIN: KERSTIN DOBBERSTEIN

Langenscheidtstr. 9

10827 Berlin

TEL 030 364 281 00 · FAX 030 364 281 020

INFO@KD-ERNAEHRUNGSKONZEPTE.DE · WWW.KD-ERNAEHRUNGSKONZEPTE.DE