



**Ute Jentschura**  
Diplom-Oecotrophologin,  
Diätassistentin & Heilpraktikerin

# Antrag auf Kostenerstattung für

Anschrift der Krankenkasse

Präventive Ernährungsberatung  
nach § 20 Abs. 1 SGB V

Ernährungstherapeutische  
Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

**Versicherter:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnr.:** \_\_\_\_\_

**Strasse / Nr.:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistungen durch:**

Diät- und Ernährungstherapie Ute Jentschura  
Dipl. oec. troph und Diätassistentin  
in der Praxis für für Osteopathie und Faszienarbeit Birgit Middendorf,  
Salzmannstraße 64, 48147 Münster

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung bzw. Kostenvoranschlag liegen bei.

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Versicherten**

Vermerk der Krankenkasse | Die ernährungstherapeutische Beratung wird im folgenden Umfang gewährt: