

Antrag auf eine Kostenübernahme

Versicherter

Name _____

Anschrift _____

Versicherungsnummer _____

Ernährungstherapeutische Behandlung



Taktlöffel | Annika Schießl
Praxis für Ernährungstherapie
Große Gasse 23
89168 Niederstotzingen

Fon 0160 95043310
praxis@taktloeffel.de
www.taktloeffel.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erbitte Ich um eine Kostenübernahme meiner individuellen Ernährungstherapie.
Anbei lege Ich die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung, sowie einen Kostenvoranschlag.
Ich freue mich über eine zeitnahe Rückmeldung.
Bei Fragen stehe Ich gerne zur Verfügung

mit freundlichen Grüßen

Versicherter

Ort, Datum