

**SIBYLLE ROSE**  
Ernährungsberatung  
& betriebliche  
Gesundheitsförderung

**Gesundheit  
schmeckt!**

**SIBYLLE ROSE**  
Dipl.oec.troph.  
Bundesallee 21  
10717 Berlin

Tel: 030/36430581  
Mobil: 0163/6672232  
info@rose-ernaehrung.de  
www.rose-ernaehrung.de

**ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME/KOSTENZUSCHUSS  
für** (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ernährungstherapeutische Beratungen nach § 43 Abs. 2 SGB V
- präventive Ernährungsberatung/Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

**Angaben zum Versicherten**

Nachname:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

**Name und Anschrift der Krankenkasse/-versicherung**

Ich bitte um Kostenübernahme bzw. um Bezuschussung der anfallenden Kosten für die geplante therapeutische/präventive Ernährungsberatung durch

**Sibylle Rose, Diplom Oecotrophologin, Bundesallee 21, 10717 Berlin**

Die ärztliche Verordnung für Ernährungstherapie/der Kostenvoranschlag für die geplante Maßnahme liegt/liegen bei.

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Ort, Datum, Unterschrift der/des Versicherten

**Vermerk der Krankenkasse/Krankenversicherung**

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt:

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Krankenkasse/-versicherung