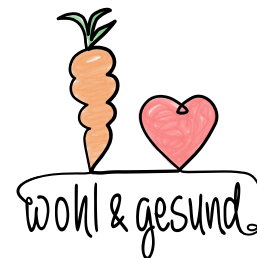


Antrag auf Kostenerstattung für die ambulante interdisziplinäre, multimodale Adipositas therapie.

Erstantrag

Verlängerungsantrag



THOMAS DUCHCIK
Oecotrophologe B. Sc.
SABINE LUX
Psychologin M. Sc.

KOMPETENZZENTRUM
für Ernährungsmedizin,
Adipositas und Psychologie

Düppelstraße 45
46045 Oberhausen

tel. (+49) 0208.2053 18-2

fax. (+49) 0208.2053 18-3

mail. info@wohlundgesund.de

web. www.wohlundgesund.de

1. Antrag auf eine Kostenerstattung für die Adipositas therapie

Name: _____

Anschrift: _____

geb.: _____

Versicherungsnummer: _____

2. Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt diesem Antrag bei.

3. Die Adipositas therapie wird durchgeführt durch das

wohl & gesund
Düppelstr. 45
46045 Oberhausen
Tel: 0201- 205318-2 | FAX: 0201- 205318-3

4. Ich weise darauf hin, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten von Kostenträgern nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§35. I, 1, SGB I) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§284, I, Nr.4, SGB V) erhoben werden; ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort, Datum Unterschrift Versicherter