



## **Antrag auf Übernahme der Kosten für die Stillberatung durch eine IBCLC**

Versichertennummer:

Name:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Stillen ist die physiologische, kostengünstigste und umweltfreundlichste Ernährung für Säuglinge und hat einen positiven Einfluss sowohl auf meine Gesundheit als Mutter, als auch auf die Gesundheit meines Kindes.

Daher bitte ich Sie hiermit um die Übernahme der Kosten für die, von mir in Anspruch genommene, Stillberatung durch eine Still- und Laktationsberaterin IBCLC. Multifaktorielle Gründe machten die Stillberatung zwingend notwendig.

Mit freundlichen Grüßen

---

Ort, Datum, Unterschrift

Die Vorstellung bei einer Still- und Laktationsberaterin IBCLC wurde von mir empfohlen.

---

Datum, Unterschrift, Stempel der behandelnden Hebamme

**Dieses Formular wurde vom BDL erstellt und zur Verfügung gestellt, der BDL ist nicht der Antragsteller.**