Datum:

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 des Versicherten

O Ich habe keine Hebamme gefunden.

O 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.

BDL
Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V.