



Antrag auf Kostenerstattung

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Daten des Versicherten

Vor-, Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnr. _____

für Ernährungstherapie nach § 43 Abs. 2 SGB V (**bei Erkrankung**) Z.B. bei Diabetes, Adipositas (BMI über 30), Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck....

für Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V (**zur Vorbeugung**)

Dienstleistung	€/Stundeneinheit	Dauer	Betrag
Erstberatung	120 €	1 x 90 min.	120,00 €
Ca. 3 Folgeberatungen	80 €	3 x 45-60 min.	240,00 €
		Brutto Gesamt	360,00 €

Ich beantrage hiermit die Übernahme für die o.g. Leistung, welche von Frau Preisinger durchgeführt wird. Durch die Ausbildung zur Diätassistentin, mit der Zertifizierung zur Ernährungsberaterin/DGE, erfüllt sie die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme. Beim oben genannten Betrag handelt es sich um eine, auf Erfahrungswerten beruhende, Abschätzung. Nach Inanspruchnahme werden die tatsächlichen Kosten durch eine entsprechende Rechnung belegt.

Die ärztliche Empfehlung liegt bei.
(Eine ärztliche Empfehlung ist nur für die Kostenübernahme bei Therapie erforderlich, dies gilt nicht für die präventive Ernährungsberatung.)

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherten _____

Raum für Vermerk der Krankenkasse

Hiermit bewilligen wir o. g. Versicherten eine Erstattung in Höhe von _____ €.

Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters