



Antrag auf Kostenerstattung

zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Persönliche Daten des Antragstellers/Versicherten

Name, Vorname:----- Geburtsdatum:-----

Anschrift:-----

Telefon:----- Email:-----

Krankenkasse:----- Versicherungsnr.:-----

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

Ernährungstherapie (Erkrankung/Reha) **nach § 43 Abs. 2 SGB V**

Die Beratungen werden durchgeführt von:

Daniela Helfensteller Diätassistentin

Beratung	Euro/Stunde	Dauer	Betrag
Erstberatung	70 €	1 x 60 min	70 €
Folgeberatung	35 €	4 x 35 min	140 €
Gesamt:			210 €

Die für die Kostenübernahme bei Therapie erforderliche ärztliche Empfehlung liegt bei.

Bewilligung zur Kostenübernahme (von der Krankenkasse ausgefüllt)

Kostenübernahme erfolgt für	
<input type="checkbox"/> Erstberatung mit	----- Euro
<input type="checkbox"/> ---- Folgeberatung mit	----- Euro
Übernommene Gesamtkosten	----- Euro
-----	-----
Ort, Datum	Unterschrift