

Antrag auf Kostenerstattung/Kostenvoranschlag

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Persönliche Daten des Versicherten/Antragstellers

Vor-, Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnr. _____

für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Dienstleistung	€/Std	Dauer	Betrag
1 Erstberatung	90 €	1 x 90 min.	135,00 €
4 Folgeberatungen		4 x 60 min.	360,00 €
Brutto gesamt			495,00 €

Hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme für o. g. Leistung, welche von **Frau Carolin Schröck** durchgeführt wird. Als Diätassistentin mit der Zusatzqualifikation **Ernährungsberaterin/DGE** erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Die für die Kostenübernahme bei Therapie erforderliche ärztliche Empfehlung liegt bei. Dies gilt nicht für die präventive Ernährungsberatung.

Bewilligung zur Kostenübernahme (Wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

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

Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters

