

Antrag auf Kostenerstattung/Kostenvoranschlag

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Persönliche Daten Versicherte*r/Antragsteller*in

Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnr. _____

für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Dienstleistung	€/Std	Dauer	Betrag
1 Erstberatung	95 €	1 x 90 min.	142,50 €
4 Folgeberatungen		4 x 60 min.	380,00 €
Brutto gesamt			522,50 €

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 Versicherte*r

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. Versicherte*r eine Erstattung in Höhe von _____ €.

Datum, Stempel, Unterschrift Ersteller*in

