

## 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	100 €	1 x 90 Min.	150,00 €
4 Folgeberatungen		4 x 60 Min.	400,00 €
<b>Brutto gesamt</b>			<b>550,00 €</b>

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

