

## 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

