

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:

Beatrix Kötterl, Diätassistentin

Beratung	Euro/Stunde	Dauer	Betrag
Erstberatung	60 Euro	1 x 60 min	60 Euro
Folgeberatung	45 Euro	4 x 45 min	180 Euro
Gesamt:			240 Euro

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

Bewilligung zur Kostenübernahme (von der Krankenkasse ausgefüllt)

Kostenübernahme erfolgt für	
Erstberatung mit _____	_____ Euro
____ Folgeberatung mit _____	_____ Euro
Übernommene Gesamtkosten	_____ Euro
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift