



**REHA
ZENTRUM
Straubing**

Geiselhöringer Str. 63 (Westpark)
94315 Straubing
Tel (0 94 21) 56 83 8-0
Fax (0 94 21) 56 83 8-20
Info@reha-straubing.de
www.reha-straubing.de

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 § 43Abs. 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
	_____ Euro
Folgeberatung mit	_____ Euro
Übernommene Gesamtkosten	_____ Euro
	_____ Euro
Ort, Datum	Unterschrift

Bankverbindung:
Volksbank Straubing eG
IBAN:DE11742900000000234400
BIC: GENODEF1SR1
Sparkasse Straubing-Bogen
IBAN:DE52742500000000013102
BIC: BYLADEM1SRG