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

___Folgeberatung mit _____Euro

Übernommene Gesamtkosten _____Euro

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift