Antrag auf Kostenerstattung für Ernährungsberatung/Ernährungstherapie

(§20 SGB VI / §43 SGB V)

Versicherte Person _____

_____

_____

Krankenkasse _____

Versicherten-Nr. _____

Datum _____

Für die empfohlene Ernährungsberatung entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Leistungen	**Dauer**	**Kosten**
Erstberatung	1x 60 Min.	80,00 €
Folgeberatungen	4x 30 Min.	160,00 €
Gesamt	5 Beratungseinheiten	**240,00 €**

Die Qualifikation des Beraters entspricht den gesetzlichen Vorgaben. Herr Leonard Clasen ist staatlich geprüfter Diätassistent und verfügt über ein gültiges VDD Fortbildungs-Zertifikat.

Die für die Kostenübernahme bei Therapie erforderliche Notwendigkeitsbescheinigung bzw. eine Überweisung mit Indikationsangabe liegt bei. Dies gilt nicht für die präventive Ernährungsberatung.

Hiermit bewilligen wir der versicherten Person eine Kostenerstattung in Höhe von:

_____

_____ _____

Datum / Unterschrift versicherte Person Datum / Unterschrift des Erstatters

Ernährungstherapie Leonard Clasen
Staatlich geprüfter Diätassistent und zertifizierter Fitnesstrainer, Mitglied im DGE, VDD & VFED
Tel 0179 3946 229 • kontakt@et-clasen.de • www.et-clasen.de • Karpfenbach 10, 88239 Wangen
ING DiBa • IBAN DE20 5001 0517 5444 5239 90
Steuernummer 217/5046/4969