

Diätassistentin  
Adipositas-Trainerin  
Mukoviszidose-Trainerin

Rubensplatz 9  
31303 Burgdorf

T.: 05136/951 14 61  
M: 0171/440 81 57  
info@esskompetenz.de  
www.esskompetenz.de

## Antrag auf Kostenerstattung

( Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse)

Datum: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten des Versicherungsnehmers:

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V (bei Erkrankung)
- für Ernährungsberatung gemäß § 20 Abs. 1 SGB V (zur Vorbeugung)

Hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme für o. g. Leistung, welche von Frau Janet Wagner durchgeführt wird. Als Diätassistentin mit der Zusatzqualifikation Diät –und Ernährungsberaterin VFED erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung. Bei obigem Betrag handelt es sich um eine Abschätzung basierend auf Erfahrungswerten. Die tatsächlichen Kosten werden durch entsprechende Rechnungen belegt und nach Inanspruchnahme der Leistung vom Antragssteller eingereicht.

Leistung	Dauer der Beratung	Kosten pro Einheit/Leistung
Erstberatung	60 min.	80€
Folgeberatung	45 min.	60€
Ernährungsprotokoll	einfach/detailliert	39,90€/89,90 €

**Ernährungsberaterin :** Janet Wagner

**Qualifikation :** Diätassistentin, Diät- und Ernährungsberaterin VFED

**Bewilligung durch die Krankenkasse** (Schreiben nach Bewilligung bitte an die/den Versicherte/n und mich zurück senden.)

Hiermit bewilligen wir unserer ( m ) Versicherten eine Kostenerstattung in Höhe von \_\_\_\_\_ €

  
Unterschrift Leistungserbringerin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters