

Diätassistentin  
Adipositas-Trainerin  
Mukoviszidose-Trainerin  
Tiefenpsychologische  
Ernährungsberatung

Rubensplatz 9  
31303 Burgdorf

T.: 05136/951 14 61  
M: 0171/440 81 57  
info@esskompetenz.de  
[www.esskompetenz.de](http://www.esskompetenz.de)

## Kostenvoranschlag für Ernährungstherapie (Teil 1)

(§ 43 Abs. 2 SGB V)

(Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse)

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

### Persönliche Daten des Versicherungsnehmers:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die ärztlich empfohlene ernährungstherapeutische Einzelberatung Ihrer (s) oben genannten Versicherten (siehe ärztliche Bescheinigung) entstehen voraussichtlich folgende Kosten pro Beratungseinheit/ Leistung:

Leistung	Dauer der Beratung	Kosten pro Einheit/Leistung
Erstberatung	60 min.	85 €
Folgeberatung	45 min.	63 €
Ernährungsprotokoll	individuell	90 €

Umsatzsteuerbefreiung Heilberufe Nach § 4 Nr. 14 a UStG. (Steuernummer: 16/146/09338)

**Ernährungsberaterin: Janet Wagner**

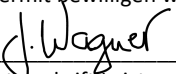
**Qualifikation: Diätassistentin, Diät- und Ernährungsberaterin VFED**

(Anbieterqualifikation in Kopie beigefügt)

**Hinweis:** Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Leistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht vollständig umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkasse etc.). In diesen Fällen ist der Klient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts bzw. eventueller Differenzbeträge für die Beratungsleistung verpflichtet.

**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

Diätassistentin  
Adipositas-Trainerin  
Mukoviszidose-Trainerin  
Tiefenpsychologische  
Ernährungsberatung

Rubensplatz 9  
31303 Burgdorf

T.: 05136/951 14 61  
M: 0171/440 81 57  
info@esskompetenz.de  
[www.esskompetenz.de](http://www.esskompetenz.de)

## Kostenvoranschlag für Ernährungstherapie (Teil 2)

### (§ 43 Abs. 2 SGB V)

(Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse)

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

Kostenvoranschlag für: \_\_\_\_\_

Für die empfohlene ernährungstherapeutische Beratung entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Art der Leistung	Betrag	Gesamt	Betrag Erstattung
<b>Erstberatung</b> á 60 min.	1 x 85 €	85 €	_____ €

beinhaltet:

- Anamnese
- Sichtung der ärztlichen Diagnose/ Empfehlung
- Anleitung zur Führung eines Ernährungsprotokolls
- Informationsvermittlung
- Zielvereinbarung

Art der Leistung	Betrag	Gesamt	Betrag Erstattung
<input type="checkbox"/> 5 <b>Folgeberatungen</b> á 45 min.	5 x 63,00€	315 €	_____ €
<input type="checkbox"/> Auswertung <b>Ernährungsprotokoll</b>		90 €	_____ €

beinhaltet:

- Verbesserung/ Stabilisierung der Lebensqualität
- Gemeinsames Besprechen der Ernährungsprotokollanalyse
- Beratung zum
  - ✓ Essverhalten
  - ✓ Lebensmittelauswahl
  - ✓ Ernährungsphysiologie
  - ✓ Lebensführung
- Begleitung während der Umstellungsphase
- Regelmäßige Kontrolle
- Anleitung zur Selbstverantwortung
- Stärkung der Motivation und Eigenkompetenz

Gesamt: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ €