

## Antrag auf Kostenerstattung

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

### Persönliche Daten der/ des Versicherten bzw. Antragsteller\*in

Vor-, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnr. \_\_\_\_\_

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

Dienstleistung	EUR	Dauer	Gesamtpreis
Erstberatung	95 EUR	1x50min.	95,00 EUR
Ca. 4 Folgeberatungen	80 EUR	4x40min.	320,00 EUR
<b>Brutto Gesamtbetrag</b>			<b>415,00 EUR</b>

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

hiermit beantrage ich freundlicherweise die Übernahme für die o. g. Leistung, welche von **Frau Kristin Müller (geb. Eckhardt)** durchgeführt wird. Als Diplom- Ökotrophologin mit der Zusatzqualifikation **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 Rechnung belegt und nach Inanspruchnahme der Leistung von der/ dem Antragsstellenden eingereicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der/ des Versicherten

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

### **Bewilligung zur Kostenübernahme** (Wird von der Krankenkasse ausgefüllt.)

Hiermit bewilligen wir o. g. Versicherten eine Erstattung in Höhe von \_\_\_\_\_ €.

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