



## Antrag auf Kostenerstattung/Kostenvoranschlag

Im Rahmen der Ernährungsberatung (Prävention §20 SGB V)

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

### Persönliche Daten des Versicherten/Antragstellers

Vor-, Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnr. \_\_\_\_\_

### Kostenvoranschlag

Dienstleistung	€/Std	Dauer	Betrag
Erstberatung inkl. Auswertung Ernährungsprotokoll	90€	1 x 90min.	90,00€
3 Folgeberatungen	65€	4x 60min.	200,00€

**Brutto gesamt 295,00€**

Hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme für o. g. Leistung, welche von Frau Jana Lebenstedt durchgeführt wird. Als anerkannte und zertifizierte Diätassistentin erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung. (siehe beigefügtes Zertifikat und Examensurkunde)

Bitte senden Sie das Schreiben nach Bewilligung an mich und meinen Patienten/meine Patientin zurück.

Hiermit bewilligen wir dem Versicherten/der Versicherten eine Kostenerstattung in Höhe von:

\_\_\_\_\_ €.

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

Jana Lebenstedt · staatlich anerkannte Diätassistentin



E-Mail: [jana@nutritionharmony-lebenstedt.com](mailto:jana@nutritionharmony-lebenstedt.com)  
[www.nutritionharmony-lebenstedt.com](http://www.nutritionharmony-lebenstedt.com)  
Tel: +49 (0)152 527 586 70