



Antrag auf Kostenerstattung/Kostenvoranschlag

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Persönliche Daten des Versicherten/Antragstellers

Vor-, Nachname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnr. _____

[] x für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Kostenvoranschlag

Dienstleistung	€/Std	Dauer	Betrag
Erstberatung inkl. Auswertung Ernährungsprotokoll	90€	1 x 90min.	90,00€
4 Folgeberatungen	65€	4x 60min.	265,00€

Brutto gesamt 355,00€

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)

Die für die Kostenübernahme bei Therapie erforderliche ärztliche Empfehlung liegt bei. Dies gilt nicht für die präventive Ernährungsberatung.

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

www.nutritionharmony-lebenstedt.com

Tel: +49 (0)152 527 586 70