

# Antrag auf Kostenerstattung

Name, Vorname des Versicherten:
Geb. am:
Anschrift:
Krankenkasse:
Datum:

Zur Vorlage bei den Krankenkassen

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

Dienstleistung	€/ Stunde	Dauer	Betrag
Erstberatung	100,00 €	90 min	100,00 €
4 Folgeberatungen	70,00 €	60 min	280,00 €
		<b>Brutto Gesamt:</b>	<b>380,00 €</b>

Hiermit beantrage ich die Übernahme der oben genannten Leistungen. Die Ernährungsberatung wird durch Dipl. Ernährungswissenschaftlerin Stefanie Flinspach durchgeführt. Sie hat die Zusatzqualifikation als zertifizierte Ernährungsberaterin VDOe und erfüllt damit die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung. Der oben genannte Betrag ist ein Schätzwert. Die tatsächlich anfallenden Kosten werden durch Rechnungen belegt und entsprechend eingereicht.

Ort, Datum:

Unterschrift des Versicherten:

---



---