

Adresse der Krankenkasse

KOSTENVORANSCHLAG/ ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

einer
ernährungstherapeutischen
Beratung
nach §43 Nr.2 SGB V

NAME, VORNAME: _____ geb.: _____

Für die ärztlich empfohlene Ernährungstherapie entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Termine	Beratungseinheit	Inhalte	Gesamt
Erstberatung	60 min.	Anamnesegespräch Ernährungs- und Gewichtsanalyse, Sichtung ärztlicher Unterlagen, Hintergrundinformationen, Anleitung Ernährungsprotokoll, Erstempfehlungen	90,00 €
Folgeberatungen	4x 30 min.	Beratungsgespräche (persönlich/ telefonisch) mit individuellen Schwerpunkten, Auswertung Ernährungsprotokoll, Kleingruppenschulung Gewichtskontrolle, Lebensmittelauswahl, Essverhalten, Tipps zur Mahlzeitengestaltung, Kontrolle Ernährungsumstellung etc.	4x 50,00 €
Summe			290,00 €

Hiermit beantrage ich eine Kostenerstattung der ernährungstherapeutischen Beratung durchgeführt durch:

Praxis für Ernährungsberatung - Daniela Homoth & Team
Albstr. 2, 72764 Reutlingen
Tel.: 07121-690 44 66, Fax: 07121-690 44 67
info@ernaehrungsberatung-reutlingen.de
www.ernaehrungsberatung-reutlingen.de



**Praxis für
Ernährungsberatung**
Daniela Homoth & Team

Registrierungsnummer zur Ausübung qualifizierter Ernährungsberatung und -therapie: Quetheb-Zertifikats-Nr. Q0310-ET-0573

**Bitte teilen Sie mir die Höhe der Kostenerstattung mit.
Die ärztliche Bescheinigung liegt bei bzw. wurde bereits eingereicht.**

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Raum für Vermerke der Krankenkasse