

Adresse der Krankenkasse

# ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

einer ernährungstherapeutischen Beratung  
nach §43 Nr.2 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit beantrage ich

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

die Kostenerstattung für eine Ernährungsberatung mit ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung für mich /  
für mein Kind:

**Name, Vorname des Kindes:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

## Die Beratung umfasst voraussichtlich folgende Kosten:

Termine*	Beratungseinheit**	Inhalte	Kosten
1.	~60 min.	Anamnesegespräch Ernährungs- und ggf. Gewichtsanalyse, Sichtung ärztlicher Unterlagen und Befunde, Hintergrundinformationen, Anleitung Ernährungsprotokoll, Überblick Therapieplan und Erstempfehlungen	110,00 €
2.-5.	~5x 30 min.	Persönliche Beratungsgespräche mit individuellen Schwerpunkten, Auswertung Ernährungsprotokoll, Kleingruppenschulung, Gewichtskontrolle, Lebensmittelauswahl, Essverhalten, Tipps zur Mahlzeitengestaltung, Kontrolle Ernährungsumstellung etc.	5x 50,00 €
<b>Summe</b>			<b>360,00 €</b>

\* Unsere Termine sind grundsätzlich als persönliche Beratung geplant. Unter bestimmten Umständen (krankheitsbedingt, aufgrund von räumlicher Entfernung o.ä.) führen wir nach individueller Absprache die Termine auch telefonisch oder als Online-Beratung durch.

\*\* Die Dauer der Beratung kann individuell abweichen und dient einer ersten Orientierung. Wir rechnen je angefangene 15min.-Einheit jeweils 25 Euro ab.

## Die Beratung wird durchgeführt von:

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



**Praxis für  
Ernährungsberatung  
Daniela Homoth & Team**

Alle Ernährungsberater dieser Praxis erfüllen die Anbieterqualifikation zur Durchführung einer Ernährungsberatung und -therapie nach §43. Entsprechende Nachweise können Sie direkt anfordern oder der Praxis-Website entnehmen.

**Bitte teilen Sie mir die Höhe der Kostenerstattung mit. Zudem beantrage ich die Abrechnung per Abtretungserklärung, damit die Praxis die Beratung direkt mit Ihnen abrechnen kann. Die ärztliche Bescheinigung liegt bei.**

**Datum, Ort** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_