

Kostenvoranschlag

• Jana Brinkhoff • Tel. 0151 15064502 • ernaehrungsberatung@janabrinkhoff.com
• www.ernaehrungsberatung-jana.de

Antrag auf Kostenerstattung

für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V (bei Erkrankungen)

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Persönliche Daten des Versicherten / Antragstellers:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Leistung	Dauer	Betrag
Erstberatung	1 x 60 Minuten	100 Euro
4 Folgeberatungen	4 x 30 Minuten (je 50 Euro)	200 Euro
	Gesamtbetrag (Brutto):	300 Euro

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die oben genannte Leistung, die von mir, Jana Brinkhoff, durchgeführt wird.

Als staatlich geprüfte Diätassistentin mit Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) erfülle ich die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse.

Bei dem genannten Betrag handelt es sich um eine Kostenschätzung auf Basis von Erfahrungswerten.

Die tatsächlich entstandenen Kosten werden durch entsprechende Rechnungen belegt und nach Inanspruchnahme der Leistung vom Antragsteller bei der Krankenkasse eingereicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Versicherten: _____

Diesem Antrag liegt eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung bei.

Dieses Schreiben gilt gleichzeitig als Kostenvoranschlag bei Ihrer Krankenkasse.

Bewilligung zur Kostenübernahme (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Hiermit bewilligen wir dem oben genannten Versicherten eine Erstattung in Höhe von

_____ €.

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift der Krankenkasse: _____