

Anschrift Krankenkasse

Telefon (0 23 81) 49 77 79
 Mobil (01 76) 69 29 86 40
 E-Mail mail@naehr-wert.info
 Web www.naehr-wert.info

Antrag auf Bewilligung der Kostenerstattung Ernährungstherapie

Anschrift Versicherte/r:

Name, Vorname: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____
 Geb. Dat.: _____

Ggf. Sorgeberechtigte/r:

Name, Vorname: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____

Versicherungsnr.: _____

- für präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V
 als Einzelberatung oder Gruppenberatung-INA
 für ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V
 als Einzelberatung

Hiermit beantrage ich die Bewilligung der Kostenerstattung für die Ernährungsberatung/ -therapie. Frau Maria Horn, Ernährungsberaterin/DGE, erfüllt die Voraussetzung für eine Kostenerstattung, siehe DGE, bzw. ZPP.

Diesem Schreiben liegt bei:

- **Kostenvoranschlag**
- **Vom Arzt ausgefüllte**
 - primärpräventive Empfehlung nach §20 SGB V
 - Notwendigkeitsbescheinigung nach § 43 Abs.2 SGB V

Die tatsächlichen Kosten werden durch bereits bezahlte Rechnungen belegt und im Anschluss an die erbrachten Leistungen vom Versicherten selbst eingereicht.

Vermerk der Krankenkasse:
 Hiermit bewilligen wir dem o.g. Versicherten eine Kostenerstattung in Höhe von _____ €.

Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters

Anschrift Krankenkasse

Telefon (0 23 81) 49 77 79
 Mobil (01 76) 69 29 86 40
 E-Mail mail@naehr-wert.info
 Web www.naehr-wert.info

Kostenvoranschlag für:

Name:....., geb.:.....

Für die ärztlich empfohlene Ernährungsberatung entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Art der Leistung	Zeitaufwand	Betrag
Erstberatung beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Sichtung der ärztlichen Diagnose/Empfehlung • Sichtung der Labordaten • Anleitung zum Führen des Ernährungstagebuchs 	60 Min.	120,-€
Folgeberatungen, 4 Einheiten à 45 min <ul style="list-style-type: none"> • Nährwertanalyse • Beratung zu <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebensmittelauswahl ▪ Essverhalten ▪ Mahlzeitengestaltung ▪ Ernährungsphysiologie • Verbesserung / Stabilisierung der Lebensqualität • Anleitung zur Selbstverantwortung • Stärkung von Motivation und Eigenkompetenz • Informationsvermittlung (u.a. Standards der DGE) 	240 Min.	320,-€
Gesamtbetrag		440,-€

Stempel / Unterschrift des Erstatters/Krankenkasse

Beratungsvereinbarung nach § 43 SGBV

zwischen

Maria Horn,
Ernährungsberaterin/DGE

und

Telefon (0 23 81) 49 77 79

Mobil (01 76) 69 29 86 40

E-Mail mail@naehr-wert.info

Web www.naehr-wert.info

Anschrift Versicherte/r:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geb. Dat _____

Ggf. Sorgeberechtigte/r:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnr.: _____

Honorarhöhe:	Erstberatung	60-90 min	120,-€
	Folgeberatung	45 min	80,-€
	weitere angefangene Viertelstunde:		20,-€

Einverständniserklärung Honorar:

Ich erkläre mich mit der o.g. Honorarvereinbarung im Rahmen der Beratungsvereinbarung einverstanden und werde die anfallenden Kosten jeweils nach Rechnungsstellung begleichen. Die Anzahl und Länge der Beratungseinheiten bestimmt der Kunde.

Die Rechnungsstellung erfolgt: nach erbrachter Leistung, spätestens nach der letzten Beratungseinheit.

Absagefrist und Ausfallgebühr:

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, sind mindestens **24 Stunden** vorher abzusagen. Andernfalls wird eine Ausfallgebühr von **50 %** des Beratungshonorars fällig.

Hinweis zur Abrechnung mit den Krankenkassen:

Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten für die Ernährungsberatung/Ernährungstherapie aufgrund der Qualifikation des Leistungserbringers/Beraters von den Krankenkassen/Privaten Krankenversicherungen ggf. bezuschusst werden können. Über die Möglichkeiten und die Höhe des Zuschusses erkundige ich mich bei meiner Krankenkasse.

Auf der Grundlage dieser Beratungsvereinbarung werden die Leistungen vereinbart. Ich werde die Kosten unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenkasse/meine Private Krankenversicherung begleichen.

Die Datenschutzhinweise und eine Ausfertigung dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Datum / Unterschrift der Ernährungsberaterin

Datum / Unterschrift des Klienten

Telefon (0 23 81) 49 77 79

Mobil (01 76) 69 29 86 40

E-Mail mail@naehr-wert.info

Web www.naehr-wert.info

Anschrift Versicherte/r:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geb. Dat.: _____

Versicherungsnr.: _____

Ggf. Sorgeberechtigte/r:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich _____
(Vor- und Zuname)

entbinde folgende Ärzte und Therapeuten

1. _____
(Name, Anschrift)
2. _____
(Name, Anschrift)
3. _____
(Name, Anschrift)
4. _____
(Name, Anschrift)

von ihrer Schweigepflicht gegenüber Maria Horn, Ernährungsberatung/DGE, Cosackstr. 20, 59067 Hamm, und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen

Ort, Datum, Unterschrift des Klienten

Abtretungserklärung

Die/der Versicherte _____ (Vor- und Zuname)
tritt der Ernährungsberaterin/DGE Maria Horn ihre/seine Ansprüche gegenüber ihrer/seiner
Krankenkasse auf Erstattung der Kosten für die Beratungsleistung in Höhe von

_____ € (Rechnung beigelegt)

Name und Sitz der Krankenkasse

in vollem Umfang ab. Sie/Er ermächtigt die Ernährungsberaterin, diese Kosten direkt bei
ihrer/seiner Krankenkasse unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter
Beifügung der Rechnung geltend zu machen.

Sollte der/dem Versicherten nur ein anteiliger Erstattungsanspruch zustehen, ist sie/er
verpflichtet, der Ernährungsberaterin, Maria Horn, die Differenz zwischen dem
Erstattungsbetrag und dem Rechnungsbetrag zu erstatten. Sollte die Krankenkasse die
Erstattung ganz oder teilweise verweigern, haftet die/der Versicherte für die Erfüllung der
Forderungen der Ernährungsberaterin.

Datum / Unterschrift des Klienten