

Anschrift Krankenkasse

Reginenstr. 16
59069 Hamm

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 §43

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

Reginenstr. 16
59069 Hamm

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.	80,-€
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		400,-€

Stempel / Unterschrift des Erstatters/Krankenkasse

Beratungsvereinbarung nach § 43 SGBV

zwischen

Maria Horn,
Ernährungsberaterin/DGE

und

Reginenstr. 16
59069 Hamm

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	80,-€
	Folgeberatung	45 min	80,-€
	weitere angefangene Viertelstunde:		15-€

Telefonische Beratung:

Die telefonische Beratung beinhaltet ein Gespräch mit dem Patienten und individuell auf ihn abgestimmte Unterlagen, die vor dem Beratungstermin per E-Mail zugesandt werden. Sie sind ebenfalls Bestandteil der Telefonberatung. Wünscht der Patient nach Erhalt der Unterlagen keine telefonische Beratung mehr, so ist das vereinbarte Honorar für eine Beratungseinheit fällig.

Einverständniserklärung Honorar:

Ich erkläre mich mit der o.g. Honorarvereinbarung in der Beratungsvereinbarung einverstanden und werde die anfallenden Kosten jeweils nach Leistungserbringung bzw. Rechnungsstellung begleichen.

Die Rechnungsstellung erfolgt: direkt bar oder per Überweisung nach Leistungserbringung

Absagefrist und Ausfallhonorar:

Ich betreibe eine Praxis für Ernährungsberatung, in der mit längeren Terminvorläufen gearbeitet werden muss. Meine Beratung wird über einen längeren Zeitraum mit festgelegter Behandlungsdauer durchgeführt. Daher können kurzfristig abgesagte Termine in der Regel nicht neu vergeben werden. Wir vereinbaren für die Beratung daher einvernehmliche und verbindliche Termine. Der Patient verpflichtet sich, die Termine pünktlich wahrzunehmen, die Beraterin verpflichtet sich, die vereinbarten Termine für die Beratung frei zu halten. Für den Fall, dass reservierte Termine nicht wahrgenommen werden können, verpflichtet sich der Patient die hierdurch entfallenen Vergütung wie folgt zu ersetzen:

Verpasste Termine werden mit 100% in Rechnung gestellt. Termine, die persönlich oder telefonisch nicht wahrgenommen werden können, sind mindestens **24 Stunden** vorher abzusagen. Andernfalls wird eine Ausfallgebühr von **50 %** des Beratungshonorars fällig. Bei Absagen von weniger als einer Stunde vor dem Termin werden 90% des Honorars fällig. Die vorgenannte Ausfallvergütung wird nicht erhoben, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist, z.B. Unfall.

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

Reginenstr. 16
59069 Hamm

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