

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

Für die Krankenkasse:

Antrag auf Bewilligung der Kostenerstattung Ernährungstherapie §43 Sekundär- und Tertiärprävention

Titel: Gewicht verlieren-Gesundheit steigern-Gruppenkurs für starke Frauen und Männer, mit Blick auf Übergewicht, Prädiabetes, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, Gicht und Harnsäurekonzentration.

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 als Gruppenberatung

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.

<p>Vermerk der Krankenkasse: Hiermit bewilligen wir dem o.g. Versicherten eine Kostenerstattung in Höhe von _____€.</p>	<p>_____ Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

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

**Für die Krankenkasse:
Kostenvoranschlag für:**

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

Für die ärztlich empfohlene Ernährungstherapie entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Art der Leistung	Zeitaufwand	Betrag
Gruppenberatung: 6-15 Teilnehmer 8 Einheiten, jeweils 90 min, anschließend Zeit, für individuelle Fragen Inhalt des Kurses: <ul style="list-style-type: none"> • Ist-Analyse, individuelle Zielformulierung, Anleitung zum Schreiben eines Ernährungs- und Bewegungstagebuchs • Anleitung zur Beurteilung der individuellen Verzehrmenge im Vergleich zur empfohlenen Verzehrmenge DGE. (Lebensmittelgruppe lt. E-Pyramide) • 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) • Informationen zu ernährungsmitbedingten Erkrankungen und deren Gegenregulation 	8x 90 Min.	8x55,-
Gesamtbetrag	720 min	440,-€

Stempel / Unterschrift des Erstatters/Krankenkasse

**Beratungsvereinbarung nach § 43 SGB V
Gruppenkurs-Sekundär-und Tertiärprävention**

zwischen

Maria Horn,
Ernährungsberaterin/DGE

und

Anschrift Versicherte/r:

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

Ggf. Sorgeberechtigte/r:

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

Versicherungsnr.: _____

Kurs:

Gewicht verlieren-Gesundheit steigern - Gruppenkurs für starke Frauen und Männer, mit Blick auf Übergewicht, Prädiabetes, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, Gicht und Harnsäurekonzentration.

Kursgebühr: 440,- €, der Kurs wird von den Krankenkassen bezuschusst.

Zielgruppe: Personen mit einem BMI ≥ 30 und/ oder einer behandlungsbedürftigen Erkrankung, z.B. Prädiabetes, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, Gicht und Harnsäurekonzentration.

Enthaltene Leistungen:

8 Kurseinheiten á 90 Minuten, anschließend Zeit für individuelle Fragen
Arbeits- und Informationsmaterial
2 Körperanalysemessungen mit DINA 4 Datenblatt und Auswertung

Kursort: Fritz-Husemann-Str. 36, 59077 Hamm

Start: siehe Homepage: www.naehr-wert.info

Der/die Kursteilnehmer/in gibt folgende Erklärung ab:

Einverständniserklärung Honorar:

Ich erkläre mich mit der o.g. Honorarvereinbarung einverstanden.

Einverständniserklärung: Sollte die Präsenzveranstaltung per Verordnung nicht durchführbar sein, so bin ich bereit, an dem Abnehmkurs auch online – mit Hilfe eines Zoom-meetings- teilzunehmen.

Kostenbeteiligung durch die Krankenkassen:

Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten für den Präventionskurs aufgrund der Qualifikation der Ernährungsberaterin von den Krankenkassen/Privaten Krankenversicherungen

in unterschiedlicher Höhe bezuschusst werden können. Die Krankenkassen können bei der Kursleitung das Kurskonzept erfragen.

Über die Möglichkeiten und die Höhe der Kostenbeteiligung erkundige ich mich bei meiner Krankenkasse. Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Anwesenheit von 80% erforderlich ist, um eine Rückerstattung bei der Krankenkasse erzielen zu können. Die Anwesenheitsbescheinigung wird mir zum Kursende ausgehändigt. Den Antrag auf Rückerstattung stelle ich eigenverantwortlich.

Vereinbarung über Art und Weise der Rechnungsstellung:

Die Rechnungsstellung erfolgt im Voraus nach Eingang der Anmeldung und ist von mir vor Beginn der ersten Kurseinheit zu begleichen. Abweichende Vereinbarungen bedürfen der Schriftform.

Vertragsrücktritt:

Bei Rücktritt vom Vertrag bis drei Wochen vor Kursbeginn verpflichte ich mich, eine Aufwandsentschädigung von 20% der Kursgebühr zu leisten, bei einem späteren Rücktritt werde ich 50% der Kursgebühr begleichen.

Mir ist bekannt, dass die Bereitschaft zum offenen Gespräch in vertrauensvoller Atmosphäre eine wichtige Voraussetzung für den Kurserfolg ist. Auch sehr persönliche Probleme können dabei zur Sprache kommen. Die mir im Kurs bekannt gewordenen Informationen über einzelne Teilnehmer werde ich vertraulich behandeln.

Gilt bei einem BMI ≥ 30 bis < 35 und/ oder einer behandlungsbedürftigen Erkrankung:

Frau Horn hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass bei Vorlage behandlungsbedürftiger Erkrankungen oder einem BMI ≥ 30 vor dem Start des Kurses eine Absprache mit dem behandelnden Arzt durch den Kursteilnehmenden erfolgen muss, ob eine Teilnahme am Kurs möglich ist. Die Kursleitung ist darüber in Kenntnis zu setzen. (Formular „Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung“ ist dafür geeignet.)

Auf der Grundlage dieser verbindlichen Anmeldung werden die Leistungen vereinbart. Ich werde die Kosten unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenkasse/meine Private Krankenversicherung begleichen. Eine Ausfertigung dieses Vertrages habe ich erhalten.

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