

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Persönliche Daten des Antragssteller/Versicherten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr: _____ PLZ, Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Antrag auf Kostenerstattung für eine Ernährungsberatung:

- Ernährungsberatung (zur Prävention) nach § 20 Abs. 1 SGB V
- Ernährungsberatung (bei Erkrankung) nach § 43 Abs. 2 SGB V

Die Beratungen werden durchgeführt von:

Diätassistentin/zertifizierte Ernährungsberaterin
Asklepios Kliniken Bad Salzungen
Am See, 36433 Bad Salzungen

Tel.: (0 36 95) 65-11 94

Email: diaet.badsalzungen@asklepios.com

<u>Beratung:</u>	<u>€/ Std.</u>	<u>Dauer</u>	<u>Betrag</u>
Erstberatung	45,00 €	1 x 60 Min.	45,00 €
4 Folgeberatungen	25,00 €	4 x 30 Min.	100,00 €

- Die für die Kostenübernahme bei Therapie erforderliche ärztliche Empfehlung liegt bei.

Bewilligung zur Kostenübernahme (Wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Hiermit bewilligen wir o.g. Versicherten eine Erstattung von Höhe von _____ €.

Vermerke der Krankenkasse:_____
Ort, Datum_____
Stempel, Unterschrift der Krankenkasse