

Antrag auf Kostenerstattung

Adresse/ Stempel der Krankenkasse

- Ernährungsberatung nach §20 Abs1 SGB V
 Ernährungsberatung nach §43 Abs2 SGB V

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherte/r _____

Anschrift: _____

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung der Ernährungsberaterin, B.Sc.oec. troph. Janine Miaramanana, Spandauer Landstr. 84, 16761 Hennigsdorf, fitimessen@gmail.com, 0157-59719757.

Frau Janine Miaramanana ist qualifiziert zur Ausübung der Ernährungsberatung. Eine Bescheinigung für die Anerkennung von der TK sowie ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Raum für Bemerkungen der Krankenkasse:

Die Ernährungsberatung/Ernährungstherapie wird in folgendem Umfang gewährt:

Kostenvoranschlag zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name:

Geb.datum:

Für die ärztlich empfohlene, ernährungstherapeutische Beratung entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Art der Leistung	Zeitaufwand	Kosten
1. Erstberatung beinhaltet: - Anamnese mit Gesundheitscheck - Sichtung der ärztlichen Diagnose/ Empfehlung - Anleitung zur Führung eines Ernährungsprotokolls/ Symptomtagebuchs	60 Minuten	70 €
2. Folgeberatungen beinhaltet: - Nährwertanalyse - Beratung zu Essverhalten/ Lebensmittelauswahl - Ernährungsphysiologie - Lebensführung/ Stressmanagement/ Verhaltensänderung - Verbesserung/ Stabilisierung der Lebensqualität - Anleitung zur Selbstbeobachtung - Stärkung von Motivation und Eigenkompetenz - Empfehlung zu Gesundheitsprogrammen nach je Indikation - Darmsanierung - Leberreinigung - Allergieberatung - Säure-Basenprogramm	4 Einheiten à 60 Minuten	60 €
Vorläufige Gesamtkosten		310 €

Eine Rechnung über diese Ernährungsberatungen wird den Patienten jeweils ausgehändigt. Sollten Rückfragen entstehen, rufen Sie mich gerne an.