



Antrag auf Kostenerstattung/Kostenvoranschlag

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Persönliche Daten Versicherte*/Antragsteller*in

Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnr. _____

Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Leistung	Dauer	Kosten/ 60 Min	Betrag
1) Erstberatung	90	100,00€	150,00€
2) Folgeberatungen	60	100,00€	100,00€

Der Rechnungsbeträge enthalten nach §19 Abs. 1 UStG keine USt.

Hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme für o. g. Leistung, welche von Frau Dr. Corinna Anand durchgeführt wird. Als zertifizierte Ernährungstherapeutin (QUETHEB e.V.), Dr. der Medizinischen Wissenschaften (rer. medic.), Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaftlerin (M.Sc.) und Oecotrophologin (B.Sc.) sowie Systemische Beraterin DGSF (i. A.) erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte*r

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

Bewilligung zur Kostenübernahme

(Wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Hiermit bewilligen wir o. g. Versicherte*r eine Erstattung in Höhe von _____ €.

Datum, Stempel

Unterschrift Erstatte*r