



Antrag auf Kostenbezuschung zur Ernährungstherapie nach §43 SGB V

| Versicherte/r: | | Ggf. Sorgeberechtigte/r: | |
|---------------------|--|--------------------------|--|
| Name, Vorname: | | Name, Vorname: | |
| Straße, Nr.: | | Straße, Nr.: | |
| PLZ, Ort: | | PLZ, Ort: | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsdatum: | |
| Krankenkasse: | | | |
| Versichertennummer: | | | |

Hiermit wird die Bewilligung der Kostenbezuschung für die Ernährungsberatung oder -therapie, welche durch die zertifizierte Ernährungsberaterin/DGE Alicia Geibel durchgeführt, beantragt.

In Anlehnung an die Honorarempfehlungen des Berufsverbandes Oecotrophologie e.V. (VDOE) für eine ärztlich empfohlene ernährungstherapeutische Behandlung entstehen pro Termin inklusive Vor- und Nachbereitungszeit folgende Kosten:

| Leistung | Dauer | Honorar |
|---|------------|--------------|
| 1 x Erstberatung <ul style="list-style-type: none">AnamneseSichtung Diagnose und LabordatenAufklärung über vorliegende ErkrankungBesprechung des Ernährungstagebuchs | 60 Minuten | 110 € |
| 1 x Ernährungsanalyse <ul style="list-style-type: none">Berechnung Energiebedarf und MakronährstoffverteilungInterventionsplanungErnährungsanalyse aller Nährstoffe | pauschal | 100 € |
| 5 x Folgeberatung <ul style="list-style-type: none">LebensmittelauswahlBesprechung therapeutischer InterventionenZielformulierungStärkung der SelbstwirksamkeitInformationsvermittlungOptimierung des Essverhaltens | 60 Minuten | 110 € |
| GESAMT: | | 760 € |

Der eigentliche Zeitbedarf kann individuell abweichen. Berechnet wird die in Anspruch genommene Zeit. Die tatsächlichen Kosten werden durch die beglichenen Rechnungen im Anschluss an die erbrachten Leistungen belegt und eigenständig eingereicht.



Es wird empfohlen, diesen Kostenanschlag vor Beginn der Leistung bei der Krankenkasse / Privaten Krankenversicherung zur Prüfung auf Kostenübernahme oder Bezuschussung einzureichen.

Nach §4 Nr. 14 UstG sind ernährungstherapeutische Maßnahmen umsatzsteuerbefreit.

Ich werde die Kosten unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenkasse / meine Private Krankenversicherung begleichen.

Datum, Unterschrift des Klienten /Patienten

Erstattung der Krankenkasse / Privaten Krankenversicherung in Höhe von:

Datum Unterschrift

Stempel

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Alicia Geibel