



Für die Krankenkasse

**Antrag für eine Kostenbeteiligung
für eine zertifizierte Ernährungstherapie nach § 43 SGB V**

Sarah Gierszewski
Diätassistentin / VDD

Institutionskennzeichen: IK 590702566

Daten der / des Versicherten:

Name, Vorname :

Geb.-Datum :

Straße / Hausnr. :

PLZ / Wohnort :

Telefonnummer :

Versichertennummer :

**Ich beantrage eine Kostenerstattung für eine zertifizierte Ernährungstherapie
nach § 43 SGB V, geleistet durch:**

Sarah Gierszewski Ernährungsberatung/-therapie
Diätassistentin / VDD

Oberer Laubenheimer Weg 34 | 55131 Mainz
oder
Am Hirtenberg 1 | 63826 Omersbach

Mobil: 0176 / 38 60 36 44
Mail: info@ernaehrungsberatung-sg.de
www.ernaehrungsberatung-sg.de

Frau Sarah Gierszewski erfüllt die Qualitätsanforderungen
für qualifizierte und zertifizierte Ernährungsberatung und Ernährungstherapie
und ist zertifiziert durch den Verband der Diätassistenten.

Ort, Datum

Unterschrift



Datum: _____

Kostenvoranschlag für ernährungstherapeutische Beratung (§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

Versicherte(r):

Geb.-Datum:

Anschrift:

Vers.-Nr.:

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die ärztlich empfohlene, ernährungstherapeutische Beratung Ihrer/Ihres o. g. Versicherten

(siehe ärztliche Bescheinigung) entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Leistung	Dauer der Beratung	Kosten
Erstberatung Intensivanamnese	1 x 60 Minuten	95,00 EUR
Erste Folgeberatung inkl. Beratungsunterlagen	1 x 45 Minuten	130,00 EUR
Folgeberatung	4 x 45 Minuten	380,00 EUR
Gesamt		<u>605,00 EUR</u>

Beachten Sie hierbei bitte, dass es sich um eine Einschätzung der anfallenden Kosten handelt.

Die tatsächlich entstehenden Kosten können, je nach in Anspruch genommenen Aufwendungen, abweichen.

Mit freundlichen Grüßen,

Sarah Gierszewski

Diätassistentin / VDD zertifiziert