

Vor- und Nachname	_____	Geburtsdatum	_____
Straße, Hausnummer	_____	Krankenkasse	_____
PLZ, Ort	_____	Versich.-Nr.	_____
		Datum	_____

Kostenvoranschlag für eine Ernährungsberatung nach §43 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die empfohlene ernährungstherapeutische Beratung der/des o.g. Versicherten entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

LEISTUNG	DAUER DER BERATUNG	KOSTEN
Erstberatung	1 x 45 Minuten	75,00 €
4 Folgeberatungen	4 x 30 Minuten	4 x 50 €
SUMME		275,00 €

Die Ernährungstherapie wird von einer Ernährungstherapeutin mit gültigem Fortbildungszertifikat durchgeführt. Vielen Dank für die Kostenübernahme!

Mit freundlichen Grüßen

Christine Rohde

Diplom-Ökotrophologin – Ernährungsberaterin (DGE) – Allergiefachkraft (DAAB)
Praxis für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie

Bewilligung durch die Krankenkasse Hiermit bewilligen wir der/dem Versicherten eine Kostenerstattung in Höhe von: _____ €.

Unterschrift/ Stempel des Erstatters