

Beantragung einer individuellen Ernährungsberatung

Mit der nachfolgenden **Anleitung** möchte ich Ihnen kurz und bündig erklären, wie Sie die **Kostenübernahme für die Ernährungsberatung** bei Ihrer Krankenkasse **beantragen** können, damit Sie diese anteilig bezuschusst.

1. Lassen Sie die **ärztliche Bescheinigung** von dem behandelnden Arzt ausfüllen, unterschreiben und abstempeln.
2. Der **Kostenvoranschlag** umfasst die Kosten für die individuellen Beratungstermine.
3. Der **Antrag auf Kostenerstattung**. Auf diesem Formular ist die notwendige Indikation bereits angekreuzt (Diättherapie nach § 43). Sie müssen nur Ihre und die Anschrift der Krankenkasse eintragen und das Dokument unterschreiben.

Erstellen Sie bitte eine Kopie der ärztlichen Bescheinigung sowie der Kostenübernahme der Krankenkasse und bringen Sie diese **unbedingt** zum ersten Termin mit.

Senden Sie bitte alle **drei Formulare** zu Ihrer Krankenkasse. Sobald Sie das Schreiben der Krankenkasse erhalten haben, können Sie mich telefonisch oder per Mail für eine Terminvereinbarung kontaktieren.

Falls Sie weitere Fragen haben, stehe ich Ihnen unter den angegebenen Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.

Herzliche Grüße

Ann-Christin Lindenau



Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 20, § 43 SGB V für:

_____ Name	_____ Vorname	_____ geboren am
_____ Straße, Hausnummer		_____ PLZ, Ort
_____ Telefonnummer		_____ Krankenkasse
_____ E-Mailadresse		

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas | Größe: | Gewicht: | BMI: |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ1 | <input type="checkbox"/> Typ2 | Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | RR: | | |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie | Gesamt-CHOL: | HDL: | LDL: |
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie | Triglyceride: | | |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | Harnsäure: | | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Arthrose | |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten | Welche: | | |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz | | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | Welche: | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magen-Darm Traktes | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung / Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> Hypothyreose | <input type="checkbox"/> Hashimoto |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | | | |

Ich bitte um Zusendung eines Beratungsberichtes telefonische Rücksprache

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

Kostenvoranschlag zur Ernährungstherapie nach § 43 SGB

Für die ärztlich empfohlene Ernährungstherapie entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

LEISTUNG	INHALT	ZEIT	BETRAG
ERSTBERATUNG	Sichtung der ärztlichen Diagnose/ Empfehlung Intensivanamnese Sichtung der Labordaten	60 min	100,00 €
FOLGERBERATUNGEN	Individuelle Ernährungsberatung Beratung zu: - Essverhalten - Lebensmittelauswahl - Ernährungsphysiologie - Lebensführung Informationsvermittlung Regelmäßige Kontrolle Stärkung von Motivation und Eigenkompetenz Verbesserung/Stabilisierung der Lebensqualität	60 min	100,00 €

Anzahl der Folgeberatung und der Zeitumfang werden je nach Bedarf angepasst und individuell vereinbart

Ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Ann-Christin Lindenau

Nachfolgend finden Sie weitere Leistungen meines Therapieangebotes:

WEITERE ANGEBOTE	INHALT	ZEIT	BETRAG
AUSWERTUNG VON ERNÄHRUNGSPROTOKOLLEN	3 Tage		10,00 €
	7 Tage		25,00 €
LABORANALYSEN	Stuhl-, Urin- & Blutanalysen je nach Indikation Labore: - Biovis - IMD		Abh. von Art des Tests
TRAUMATHERAPIE	Auflösung von Traumafolge-	90 min	150,00 €
TBT-SITZUNG	Symptomen mit Hilfe von EFT-basierter Klopfakupressur und NLP	Jede angef. 15 min.	15,00 €
BIA-MESSUNG	Bioelektrische Impedanz Analyse*		30,00 €

* Kooperation mit dem Zentrum für Ernährungstherapie und Prävention Krankenhaus Waldfriede

Ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Ann-Christin Lindenau

Anschrift der Krankenkasse:

Name, Vorname des Versicherten/in

Anschrift des Versicherten/in

Versichertennummer

Antrag auf Kostenerstattung für:

- Diättherapie bei ernährungsbedingten Erkrankungen oder krankheitsbedingten Ernährungsproblemen nach § 43 Abs. 2 SGB V
- Ernährungsberatung zur Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

Ich beantrage Kostenerstattung für die oben genannte Leistung durch:



Ann-Christin Lindenau

Staatl. anerk. Diätassistentin | B. Sc. Diätetik

Drakestr. 16 a | 12205 Berlin

Mail: beratung@einfachherzhaft.de

www.einfachherzhaft.de

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Überweisung) und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Versicherten/in

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die Ernährungsberatung/-therapie wird in folgendem Umfang bezuschusst:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse/Versicherung