

## 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 3 oder 5 individuelle 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 und bringen Sie diese **unbedingt** zum ersten Termin mit.

Sende Sie bitte alle drei Formulare zu Ihrer Krankenkasse. Sobald du das erledigt ist, können Sie sich online einen Termin für die Erstberatung buchen ([www.einfachherzhaft.de/ernaehrungsberatung](http://www.einfachherzhaft.de/ernaehrungsberatung)) oder mich telefonisch oder per Mail für eine Terminvereinbarung kontaktieren.

Falls Sie weitere Fragen haben kontaktieren Sie mich gerne telefonisch oder per Mail.

Herzliche Grüße

Ann-Christin Lindenau

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einer  
Ernährungsberatung nach § 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<br>Traktes      | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn  | <input type="checkbox"/> Colitis<br>Ulcerosa   | <input type="checkbox"/> Zöliakie   |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen                           |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung /<br>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	BETRAG
PAKET 1 3. BERATUNGSEINHEITEN  JEWEILS 1 STUNDE	Intensivanamnese Sichtung der ärztlichen Diagnose/ Empfehlung Erfassung der Labordaten & Befunde, Auswertung eines 7-tägigen Ernährungsprotokolls, 2 Monate App- Nutzung, Erstellung eines individuellen Ernährungsplans (1 Woche)	409,00 €
PAKET 2 5. BERATUNGSEINHEITEN  JEWEILS 1 STUNDE	Intensivanamnese Sichtung der ärztlichen Diagnose/ Empfehlung Erfassung der Labordaten & Befunde, Auswertung eines 7-tägigen Ernährungsprotokolls, 3 Monate App- Nutzung, Erstellung eines individuellen Ernährungsplans (2 Wochen)	650,00 €

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  
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