

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) 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
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	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