

KOSTENVORANSCHLAG

Celine Nakoinz
• Tel. 015237171654•kontakt@celinehealth.de

Antrag auf Kostenerstattung
für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V (bei Erkrankungen)
Zur Vorlage bei der Krankenkasse
Persönliche Daten des Versicherten / Antragstellers:

Vor- und Nachname:
Telefon:
Krankenkasse:
Geburtsdatum: Anschrift:
E-Mail:
Versicherungsnummer:

Leistung	Dauer	Betrag
Erstberatung	1 x 60 Minuten	100 Euro
4 Folgeberatungen	4 x 30 Minuten (je 50 Euro)	200 Euro
	Gesamtbetrag (Brutto):	300 Euro

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die oben genannte Leistung, die von mir Celine Nakoinz, durchgeführt wird.

Als staatlich geprüfte Diätassistentin mit Zertifizierung durch den VDD erfülle ich die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse.
Bei dem genannten Betrag handelt es sich um eine Kostenschätzung auf Basis von Erfahrungswerten.

Die tatsächlich entstandenen Kosten werden durch entsprechende Rechnungen belegt und nach Inanspruchnahme der Leistung vom Antragsteller bei der Krankenkasse eingereicht.

Ort, Datum:

Unterschrift des Versicherten: _____

Diesem Antrag liegt eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung bei.
Dieses Schreiben gilt gleichzeitig als Kostenvoranschlag bei Ihrer Krankenkasse.
Bewilligung zur Kostenübernahme (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)
Hiermit bewilligen wir dem oben genannten Versicherten eine Erstattung in Höhe von _____ €.

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift der Krankenkasse: _____