

# Antrag auf Kostenerstattung

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

## Persönliche Daten des Versicherten / Antragstellers

Vor-, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnr. \_\_\_\_\_

- ❖ für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V (bei Erkrankungen)

<u>Dienstleistung</u>	<u>€ / Beratung</u>	<u>Dauer</u>	<u>Betrag</u>
Erstberatung	99,00 €	1 x 60 Min.	99,00 €
4 Folgeberatungen	45,00 €	4 x 30 Min.	180,00 €
		<b>Brutto Gesamt:</b>	<b>279,00 €</b>

Hiermit beantrage ich die Übernahme für o. g. Leistung, welche von Frau Lara Tewes durchgeführt wird. Als Diätassistentin mit der Zertifizierung durch den VDD (Verband der Diätassistenten) erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung. Bei obigem Betrag handelt es sich um eine Abschätzung basierend auf Erfahrungswerten. Die tatsächlichen Kosten werden durch entsprechende Rechnungen belegt und nach Inanspruchnahme der Leistung vom Antragsteller eingereicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

## Diesem Antrag liegen bei:

- ❖ ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung

Dieses Schreiben gilt gleichzeitig als Kostenvoranschlag bei Ihrer Krankenkasse.

**Bewilligung zur Kostenübernahme** (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Hiermit bewilligen wir o.g. Versicherten eine Erstattung in Höhe von \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters