



Kostenvoranschlag

Persönliche Daten des Versicherten/Antragstellers:

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

Leistungsart:

Ernährungstherapie nach § 43 SGB V

Dienstleistung	€ /Einheit	Dauer	Betrag
Erstberatung	90 €	1 x 60 Minuten	90,00 €
4 Folgeberatungen	90 €	4 x 60 Minuten	360,00 €

Brutto gesamt 450,00 Euro

Hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme für die oben genannte Leistung, welche von Frau Kathrin Mangold durchgeführt wird. Als staatlich anerkannte, zertifizierte Diätassistentin erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung.

Die für die Kostenerstattung bei Ernährungstherapie erforderliche ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten