Kostenvoranschlag

ERNÄHRUNGS-ZENTRUM Bad Kissingen

Baptist-Hoffmann-Straße 12
97688 Bad Kissingen

Telefon
+49 (0)172 29 21 46 0

E-Mail
info@ernaehrungszentrum-badkissingen.de

Persönliche Daten des Versicherten/Antragstellers:

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

Leistungsart:

Ernährungstherapie nach § 43 SGB V

Die angegebenen Kosten sind voraussichtlich und können sich je nach tatsächlicher Beratungsdauer geringfügig ändern. Die Abrechnung erfolgt nach der tatsächlich erbrachten Beratungszeit.

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 vom Ernährungszentrum durchgeführt wird. Als staatlich anerkannte, zertifizierte Diätassistentinnen erfüllen Olga Boos-Blasius und Kathrin Mangold die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung.

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

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift des Versicherten**