

staatl. anerk. Diätassistentin

Nürnberger Straße 2
91781 Weißenburg

Tel. 09141-87337727
info@simonis-ernaehrung.de
www.simonis-ernaehrung.de

Kostenvoranschlag für

ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Versicherte(r):

Anschrift:

Krankenkasse und Vers.-Nr.:

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die ärztlich empfohlene ernährungstherapeutische Beratung entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Leistung	Minuten	Kosten pro Beratungseinheit
Erstberatung beinhaltet: - Ausführliche Anamnese - evtl. Anleitung zur Führung eines Ernährungsprotokolls - Informationsvermittlung (u.a. Standards der DGE) - Ernährungsaufklärung	60	70€
Folgeberatung beinhaltet: - Maßnahmen zur Verbesserung/Stabilisierung - gem. Besprechung des Ernährungsprotokolls - Beratung zu Essverhalten, Lebensmittelauswahl, Ernährungsphysiologie - Klärung von Fragen und Unklarheiten - Anleitung zur Selbstverantwortung - Stärkung zur Motivation und Eigenkompetenz	45	55€

Umsatzsteuerbefreiung Heilberufe nach § 4 Nr. 14 a UStG

Ernährungsberaterin: Tabea Simonis

Qualifikation: staatl. anerk. Diätassistentin, Qualifizierter Diät- und Ernährungsberater VFED

Hinweis

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Leistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht vollständig umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers. (z.B. Krankenkassen etc.) In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts bzw. eventuellen Differenzbeträgen für die Beratungsleistung verpflichtet.

Folgende Kosten werden in folgendem Umfang erstattet:

Leistung	Zeitaufwand	Kosten pro Beratungseinheit	mögliche Beratungseinheiten	Betrag Erstattung
Erstberatung	60 Minuten	70€		€
Folgeberatung	45 Minuten	55€		€

Bewilligung durch die Krankenkasse:

Schreiben nach Bewilligung bitte an den Versicherte/n und mich zurücksenden

Hiermit bewilligen wir unserer(m) Versicherten eine Kostenerstattung in Höhe von

_____€

Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters

Unterschrift des Patienten

Datum und Unterschrift Leistungserbringerin