

Anschrift Krankenkasse:

**Antrag auf Kostenerstattung**  
**(von der/m Patient/in bzw. eines Erziehungsberechtigten auszufüllen)**

**Anschrift Versicherte/r:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
Plz, Ort: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

**Ggf. Sorgeberechtigte/r:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
Plz, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_ für präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V

als ( ) Einzelberatung ( ) Gruppenberatung

\_\_\_ für ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

als (x) Einzelberatung ( ) Gruppenberatung

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für die Ernährungsberatung/-therapie, welche von den Ernährungstherapeutinnen von *lebenswert essen* durchgeführt wird. Die Fachkräfte von *lebenswert essen* erfüllen die Voraussetzung für eine Kostenerstattung. Qualifizierungsnachweise können soweit noch nicht vorliegend von der Krankenkasse bei Heike Berger, Dipl. Ernährungswiss. und Ernährungsberaterin/DGE, angefordert werden. Der Kostenvoranschlag liegt dem Schreiben bei. Die tatsächlichen Kosten werden durch entsprechende Rechnungen belegt und nach Inanspruchnahme der Leistung vom Versicherten selbst eingereicht.

Die ärztliche Bescheinigung für die Ernährungstherapie liegt ebenfalls bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Versicherten

**Auszufüllen von der Krankenkasse:**

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

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



**lebenswert**  
ESSEN

lebenswert essen  
Praxis für Ernährungstherapie u. -beratung  
Zillestraße 107  
10585 Berlin  
Tel.: 030/ 547 100 93  
E-Mail: info@lebenswert-essen.de

lebenswert essen, Zillestraße 107, 10585 Berlin

An

## Kostenvoranschlag

Betr.: Name....., geb.....

Für die ärztlich empfohlene, ernährungstherapeutische Beratung entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Art der Leistung	Zeitaufwand	Betrag
Erstberatung beinhaltend: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anamnese</li><li>• Sichtung der ärztlichen Diagnose/ Empfehlung</li><li>• Sichtung der Labordaten</li><li>• Anleitung zur Führung eines Ernährungsprotokolls</li></ul>	60 Min.	74,00 €
Folgeberatungen, 4 Einheiten à 45 Min. beinhaltend: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nährwertanalyse</li><li>• Beratung zu<ul style="list-style-type: none"><li>○ Essverhalten</li><li>○ Lebensmittelauswahl</li><li>○ Ernährungsphysiologie</li><li>○ Mahlzeitengestaltung</li></ul></li><li>• Verbesserung / Stabilisierung der Lebensqualität</li><li>• Anleitung zur Selbstverantwortung</li><li>• Stärkung von Motivation und Eigenkompetenz</li><li>• Informationsvermittlung (u.a. Standards der DGE)</li></ul>	180 Min.	236,00 €
<b>Gesamtbetrag</b>		<b>310,00 €</b>

Heike Berger  
Dipl. Ernährungswissenschaftlerin  
Ernährungsberaterin/DGE

Stempel / Unterschrift des Erstatters



**lebenswert**  
ESSEN

lebenswert essen  
Praxis für Ernährungstherapie u. -beratung  
Heike Berger, Dipl. Ernährungswissenschaftlerin  
Zillestraße 107  
10585 Berlin  
Tel.: 030/ 547 100 93

**Anschrift:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. priv.: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte/r:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

**Anmeldung**

Hiermit melde ich mich zur ernährungstherapeutischen Beratung/ Ernährungsberatung bei *lebenswert essen* an. Ich erkläre mich damit einverstanden, die Kosten der Ernährungsberatung von € 59,00 bei einer 45- (€ 74,00 bei einer 60-) minütigen Beratung zu übernehmen.

Durch eine gesetzliche Krankenkasse kann eine anteilige Kostenerstattung erfolgen. Die Abrechnung mit meiner Krankenkasse erfolgt jedoch über mich (den/die Versicherte/n) selbst. Vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, werde ich mindestens 24 Stunden vor diesem Termin absagen. Bei einer kurzfristigen Absage (weniger als 24 Stunden) fällt ein Ausfallhonorar in Höhe von 70 % der Beratungskosten für den nicht wahrgenommenen Termin an.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und nehme die Bedingungen für eine Ernährungsberatung bei *lebenswert essen* an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Klienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ernährungsberaterin

Der/Die Sorgeberechtigte/r erklärt außerdem, dass er/sie mit seiner/ihrer Unterschrift für den ebenfalls sorgeberechtigten Partner sprechen darf und befugt ist, diese Erklärung allein zu erteilen. (Ggf. streichen)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r



**lebenswert**  
ESSEN

lebenswert essen  
Praxis für Ernährungstherapie u. -beratung  
Zillestraße 107  
10585 Berlin  
Tel.: 030/ 547 100 93

**Anschrift:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Ggf. Sorgeberechtigte/r:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

**Schweigepflichtsentbindung**

Hiermit entbinde ich die Ernährungstherapeutinnen von *lebenswert essen*, vertreten durch \_\_\_\_\_ von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem behandelnden Arzt/  
Psychologen/Therapeuten

Herr  Frau  Arzt/Ärztin  Therapeut/In  Klinik

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Plz, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Herr  Frau  Arzt/Ärztin  Therapeut/In  Klinik

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Plz, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Herr  Frau  Arzt/Ärztin  Therapeut/In  Klinik

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Plz, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

bezüglich der von mir in Anspruch genommenen Ernährungsberatung. Ebenfalls entbinde ich meinen behandelnden Arzt/ Psychologen/Therapeuten (siehe oben) von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Ernährungstherapeutinnen von *lebenswert essen*.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Klienten  
Stand 01.08.2020  
Ernährungsberaterin/DGE

\_\_\_\_\_  
ggf. Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r  
Praxisinhaberin: Heike Berger, Dipl. Ernährungswiss.,

## Ärztliche Bescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb am.: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Zuweisung zu:



**lebenswert**  
ESSEN

lebenswert essen

Praxis für Ernährungstherapie und -beratung

Zillestraße 107

10585 Berlin

### Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen

- Adipositas** \_\_\_\_\_
- Untergewicht** Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus**  Typ 1  Typ 2 insulinpflichtig:  ja  nein
- Bluthochdruck** RR: \_\_\_\_\_
- Hypercholesterinämie** Gesamt-Chol.: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_
- Hypertriglyceridämie** Triglyceride: \_\_\_\_\_
- Hyperuricämie** Harnsäure: \_\_\_\_\_
- Osteoporose** \_\_\_\_\_
- Lebensmittelun-  
verträglichkeiten** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Allergien** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des  
Magen-Darm-Traktes** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Essstörung** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- sonstige Erkrankungen** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Medikamente** \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- Medikamentenplan  Laborbefund  medizinische Berichte liegen bei.

Hiermit weise ich Ihnen den obengenannte(n) Patient(in) zu und bitte um

- telefonische Rücksprache zur Besprechung von Details  
 die Zusendung des Beratungsberichts nach Abschluss der Beratung.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes