



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 € 69,- bei einer 45- (€ 84,- 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
Heike Berger, Dipl. Ernährungswissenschaftlerin
Zillestraße 107
10585 Berlin
Tel.: 030/ 547 100 93

Anschrift:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

Plz, Ort: _____

Geb. Datum: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

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

ggf. Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

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">• Anamnese• Sichtung der ärztlichen Diagnose/ Empfehlung• Sichtung der Labordaten• Anleitung zur Führung eines Ernährungsprotokolls	60 Min.	84,00 €
Folgeberatungen, 4 Einheiten à 45 Min. beinhaltend: <ul style="list-style-type: none">• Nährwertanalyse• Beratung zu<ul style="list-style-type: none">○ Essverhalten○ Lebensmittelauswahl○ Ernährungsphysiologie○ Mahlzeitengestaltung• Verbesserung / Stabilisierung der Lebensqualität• Anleitung zur Selbstverantwortung• Stärkung von Motivation und Eigenkompetenz• Informationsvermittlung (u.a. Standards der DGE)	180 Min.	276,00 €
Gesamtbetrag		360,00 €

Heike Berger
Dipl. Ernährungswissenschaftlerin
Ernährungsberaterin/DGE

Stempel / Unterschrift des Erstatters

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

Tel.: 030/ 547 100 93

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** _____
- Lebensmittelunverträglichkeiten** _____
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 der Ärztin/des Arztes