

Adresse der Krankenkasse

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

einer ernährungstherapeutischen Beratung
nach §43 Nr.2 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für eine Ernährungsberatung ketogene Ernährungstherapie (KET) mit
ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung (zutreffendes ankreuzen):

Für mich

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Für mein Kind:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Diagnose:

- Refraktäre Epilepsie
 Glucosetransporter (GLUT 1) Defekt
 Pyruvatdehydrogenase (PDH) Defekt

Die Beratung umfasst voraussichtlich folgende Kosten:

Termine*	Beratungseinheit**	Inhalte	Kosten
1.	1x60 min.	Aufklärung ketogene Ernährungstherapie , Sichtung ärztlicher Unterlagen und Befunde, Hintergrundinformationen, Anleitung Ernährungsprotokoll	100,00 €
2.	1x60min.	Anamnesegespräch, Ernährungs- und ggf. Gewichtsanalyse, Überblick Therapieplan, Erstempfehlungen	100,00 €
3 – 5.	3x60min.	Schulung ketogene Diät	300,00 €
Kosten Basis-Schulung KET			500,00 €
	1x60min.	Abschlußgespräch nach 12 Wochen	100,00 €
	á 60min	zusätzliche Beratungstermine werden nach Zeit abgerechnet	á 100,00 €
		Infomappe	30,00 €

* Unsere Termine sind grundsätzlich als persönliche Beratung geplant. Unter bestimmten Umständen (krankheitsbedingt, aufgrund von räumlicher Entfernung o.ä.) führen wir nach individueller Absprache die Termine auch telefonisch oder als Online-Beratung durch.

** Die Dauer der Beratung kann individuell abweichen und dient einer ersten Orientierung. Wir rechnen je angefangene 15min.-Einheit jeweils 25 Euro ab.

Die Beratung wird durchgeführt von:

Aleksandra Fischer
Dipl. Ernährungswissenschaftlerin
Praxis für Ernährungsberatung - Daniela Homoth & Team
Albstr. 2, 72764 Reutlingen
Tel.: 07121-690 44 66, Fax: 07121-690 44 67
Mobil: 015730352009

www.ernaehrungsberatung-reutlingen.de



Alle Ernährungsberater dieser Praxis erfüllen die Anbieterqualifikation zur Durchführung einer Ernährungsberatung und -therapie nach §43. Entsprechende Nachweise können Sie direkt anfordern oder der Praxis-Website entnehmen.

Bitte teilen Sie mir die Höhe der Kostenerstattung mit. Die ärztliche Bescheinigung liegt bei.

Datum, Ort _____

Unterschrift _____