

Antrag auf Kostenerstattung

für eine zertifizierte Ernährungstherapie
nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name und Adresse der Krankenkasse:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für eine zertifizierte Ernährungstherapie mit
ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung nach §43 Abs. 2 SGB V,
geleistet durch:

Eat What You Need e.V. - Barbara Scheerer & Team
Goethestraße 28/1, 72076 Tübingen,
fernbegleitung@was-essen-bei-krebs.de



Frau Scheerer und ihr Team erfüllen als Diätassistent:innen die Anbieterqualifikation zur
Durchführung einer Ernährungsberatung und -therapie nach §43. Entsprechende Nachweise
können Sie direkt anfordern oder unter www.was-essen-bei-krebs.de/fernbegleitung abrufen.

Es entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

Leistung	Dauer	Voraussichtliche Anzahl	Kosten pro Beratungseinheit	Gesamt
Erstberatung inkl. Anamnesegespräch	30 min	2	50 €	100 €
Folgeberatung	30 min	3	50 €	150 €
Summe				250 €

Gemäß § f Nr. 14 UStG enthalten die angegebenen Preise keine Umsatzsteuer.

Bitte teilen Sie mir die Höhe der Kostenerstattung mit.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten