



PRAXIS

*für Ernährungstherapie*



# CHECKLISTE *für Sie*

zur Anmeldung und Kostenübernahme

## SCHÖN, DASS SIE DA SIND!

Wir danken für Ihr Vertrauen, wir freuen uns darauf Sie kennen zu lernen.

### FÜR DIE VERBINDLICHE ANMELDUNG benötigen wir:

1 Anmeldungs und Antragsbogen

2 Ärztliche Bescheinigung

wenn diese uns nicht bereits von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin zugeschickt wurde



als Foto/ Scan / Original → per Mail / Fax / Post senden

**ORIGINALE BITTE ZUM ERSTEN TERMIN MITBRINGEN.**

3 Bescheid von Ihrer Krankenkasse

wird Ihnen NACH Antragstellung per Post zugeschickt

### KOSTENERSTATTUNG

Sobald uns Ihre Unterlagen vollständig vorliegen können wir einen ersten Termin fest für Sie buchen und stellen den Antrag auf Kostenerstattung bei Ihrer Krankenkasse. Ihre Kasse übernimmt in der Regel zwischen 80 - 100 % der Kosten. Die Höhe Ihres Eigenanteils wird Ihnen schriftlich mitgeteilt. In fast allen Fällen können wir dank der Abtretungserklärung im Antrag den Großteil der Kosten direkt mit der Kasse abrechnen.

Einige wenige Kassen (Viactiv) akzeptieren die Abtretungserklärung im Antrag nicht, zahlen aber nach erfolgter Therapie 100% zurück. Sollten Sie aus finanziellen Gründen nicht in Vorleistung gehen können, geben Sie dies bitte im Antrag an.

### EIGENANTEIL

Ihren Eigenanteil können Sie bei uns in der Praxisin Bar oder mit Ihrer EC-Karte bezahlen. Sollten Sie die Online-Sprechstunde nutzen, können Sie den Anteil vorab via PayPal zahlen. Dafür senden wir Ihnen einen Link.

**LIEBE GRÜSSE**

*Ihr Praxisteam*



# ANMELDUNG

für eine Ernährungstherapie nach § 43 SGB V

## PERSÖNLICHE DATEN

Nachname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Größe (m)	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Gewicht (kg)	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Überweiser/in	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	bei privaten Krankenversicherungen bitte	
Krankenversicherung	<input type="text"/>	Adresse angeben:	<input type="text"/>
Versichertennummer	<input type="text"/>		<input type="text"/>

## BEIGELEGTE UNTERLAGEN

Ärztliche Bescheinigung  wird übermittelt durch behandelnde/n Arzt/Ärztin

Antrag auf Kostenerstattung  Medikamentenplan

## PATIENTENERKLÄRUNG

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart: Erstberatung (15 min Vor- / Nachbereitungszeit / ärztliche Übergabe / 45min Gesprächszeit): 80,00€\*. Folgeberatungen (20 min Gesprächszeit / 10 min. Vor - und Nachbereitungszeit): 50,00€\*. Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werktage (48h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch / per Mail vorzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in

## DATENSCHUTZ & SCHWEIGEPFLICHT

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die/den Überweiser/in von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde, so dass die Praxis für Ernährungstherapie bei Bedarf Einsicht in meine ärztlichen Unterlagen erhalten kann und Rücksprache halten darf, um alle Informationen für die therapeutischen Beratungen zu erhalten.

Ich bin darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten in der Praxis gespeichert und zur Antragstellung bzw. Leistungsabrechnung an meine Krankenversicherung weitergeleitet, sowie ggf. zur therapeutischen Berichterstattung an den überweisenden Arzt/ die überweisende Ärztin übermittelt werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in

# ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

Ernährungstherapie nach § 43 SGB V



## VERSICHERTE / R

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Versichertennummer

## ANTRAG

Hiermit wird freundlich um eine (anteilige) Kostenerstattung für die oben genannte Leistung gebeten. Die Ernährungstherapie erfolgt durch die Praxis für Ernährungstherapie - inh. Alina Kistenmacher; Ökotrophologin und zertifizierte Ernährungsberaterin (VDOE)/ Ernährungstherapeutin (Quetheb e.V.).

## ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Kassenanteil nach erfolgter Genehmigung abzüglich meines Eigenanteils, wenn möglich, direkt von der Praxis mit der Krankenversicherung abgerechnet werden darf.

*Zusatz bei Kassen mit Vorleistung (z.B. Viactiv)*

Hiermit beantrage ich aus sozioökonomischen Gründen, dass die Abtretungserklärung ausnahmsweise genehmigt wird, da ich die Ernährungstherapie sonst nicht wahrnehmen kann, da die Auslagen meine finanziellen Möglichkeiten übersteigen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in

## VORAUSSICHTLICHE KOSTEN

ERSTBERATUNG 60 MINUTEN (45 min. Gesprächszeit + 15 Minuten Vor- und Nachbereitung) Arzt-Patientenübergabe; Erstkontakt; Ernährungsanamnese; Bestimmung des Ernährungszustandes; Ernährungstherapeutische Empfehlungen hinsichtlich Indikation laut ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung € 80,00

FOLGEBERATUNG 4 x 30 MINUTEN (á 20 min. Gesprächszeit + 10 min. Vor- und Nachbereitung) Rücksprache mit dem Arzt, Folgeanamnese, Verlaufsdiagnostik des Ernährungszustandes, weitere Ernährungstherapeutische Empfehlungen zum Essverhalten, zur Lebensmittelauswahl. 4 x 50,00 € € 200,00

INSGESAMT ZU ERWARTENDE KOSTEN € 280,00

Die Kosten orientieren sich an den Honorarempfehlungen des Berufsverbandes der Ökotrophologie e.V. (VDOE).

\* Bitte beachten Sie, dass Ernährungstherapien nach § 43 SGB V umsatzsteuerbefreit sind.

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Über die medizinische Notwendigkeit  
einer Ernährungstherapie nach §43 SGB V



## VERSICHERTE / R

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Versichertennummer

## DIAGNOSE / N

MEDIZINISCHER BERICHT LIEGT BEI

LABORERGEBNISSE LIEGEN BEI

Die ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist aufgrund  
o.g. Diagnose(n) aus medizinischer Sicht notwendig und erfolgt in  
Zusammenarbeit mit der Praxis für Ernährungstherapie Lübeck.

Das Ausstellen der Bescheinigung erfolgt budgetunabhängig.

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt