



## ANMELDUNG ZUR ERNÄHRUNGSTHERAPIE

### ALLGEMEINE DATEN:

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Vers. No.: \_\_\_\_\_

### PERSÖNLICHE DATEN:

Geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

*bei privaten Kassen & Beihilfe bitte die Adresse angeben:* \_\_\_\_\_

GRUND DER KONSULTATION: (beschreiben Sie Ihre Beschwerden, Wünsche für die Beratung)

MEDIKAMENTE (Name/ Dosierung; bitte alle angeben):

ÜBERWEISENDER ARZT: \_\_\_\_\_

### PATIENTENERKLÄRUNG

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart: Erstberatung (15min Vor/ Nachbereitungszeit /ärztliche Übergabe / 45min Gesprächszeit): 70,00€\*. Folgeberatung (20min Gesprächszeit): 40,00€\*. Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werkstage (48h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch / per Mail vorzunehmen, es sei denn ein ärztliches Attest liegt vor. Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Bei einer Ernährungstherapie nach § 43 SGB V auf ärztliche Anweisung, fällt keine MwSt an.

### ABTRETUNGSERKLÄRUNG & SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG (bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis für Ernährungstherapie die erbrachten Leistungen, sofern dies vorab bei meiner Krankenkasse beantragt und genehmigt wurde, direkt abgerechnet werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die/den o.g. behandelnde/n Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht entbinde, so dass die Praxis für Ernährungstherapie bei Bedarf Einsicht in meine ärztlichen Unterlagen erhalten kann und bei Bedarf Rücksprache halten darf, um so alle Informationen zu bekommen, die für die therapeutischen Beratungen wichtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG

Ernährungstherapie nach § 43 Abs. 2 SGB V

### VERSICHERTER:

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Versicherungs-No. \_\_\_\_\_

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.).

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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten/ des Versicherten

### VORAUSSICHTLICHE KOSTEN

#### ERSTGESPRÄCH (45 - 60 Minuten)

Arzt-Patientenübergabe; Erstkontakt; Ernährungsanamnese; Bestimmung des Ernährungszustandes; Ernährungstherapeutische Empfehlungen hinsichtlich zugrundeliegender Indikation laut ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung 70,00 €

#### FOLGEBERATUNG (4x 30 Minuten)

Rücksprache mit dem Arzt, Folgeanamnese, Verlaufsdiagnostik des Ernährungszustandes, weitere Ernährungstherapeutische Empfehlungen zum Essverhalten, zur Lebensmittelauswahl 160,00 €

INSGESAMT ZU ERWARTENDE KOSTEN 230,00 €

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 Satz 1 Nr. 2 SGB V

### PERSÖNLICHE ANGABEN DER PATIENTIN/ DES PATIENTEN

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

KV/Versicherungsnr. \_\_\_\_\_

### MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

DIAGNOSE(N)/BEFUND(E):

AKTUELLE THERAPIE/ MEDIKATION:

siehe Medikamentenplan

AKTUELLE RELEVANTE BERICHTE/LABORWERTE:

siehe aktueller Laborbefund  
 Medizinische Berichte liegen bei

ERNÄHRUNGSTHERAPEUTISCHE MASSNAHMEN:

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

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Zertifizierte Ernährungstherapie und - Beratung

[www.ernaehrung-luebeck.de](http://www.ernaehrung-luebeck.de)

