



ANMELDUNG

für die Ernährungsprävention nach § 20 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"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		
Krankenversicherung	<input type="text"/>		
Versichertennummer	<input type="text"/>		

PATIENTENERKLÄRUNG & DATENSCHUTZ

Die Gebühren für die präventiven Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart: Erstgespräch (60 min Gesprächszeit): 100,00€*. Folgegespräche (30 min Gesprächszeit): 60,00€*. Eine evtl. notwendige Terminänderung ist spätestens 2 Werktage (48h) vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per Mail vorzunehmen. Ich bin darüber informiert, dass nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 48h vor dem vereinbarten Termin) in Rechnung gestellt werden. Die Zahlung der Kursgebühr erfolgt in Vorleistung und wird von allen gesetzlichen Kassen (meist 70-100% der Gesamtkosten) erstattet. Die Höhe der Kostenübernahme erfragen Sie bitte vorab bei Ihrer Kasse. Ihnen wird nach der Bezahlung eine Rechnung über den gezahlten Gesamtbetrag und eine Teilnahmebescheinigung ausgehändigt. Beides reichen Sie direkt bei Ihrer Kasse ein, um sich die Kosten erstatten zu lassen. * Betrag enthält 19% USt.

Ort / Datum

Unterschrift Kurs-Teilnehmer/in

Ich bin darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten in der Praxis gespeichert werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

Ort / Datum

Unterschrift Kurs-Teilnehmer/in

ANFRAGE FÜR KOSTENERSTATTUNG

Ernährungsprävention nach § 20 SGB V



VERSICHERTE / R

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Versichertennummer

PRÄVENTIONSKURS NACH § 20 SGB V

Kurs-ID (ZPP): KU-ER-9QD58Q

Anbieter - ID (ZPP): AN-JJXL88
Praxis für Ernährungstherapie, Dr. Alina Kistenmacher
Fegefeuer 19a, 23552 Lübeck

ANFRAGE ZUR KOSTENERSTATTUNG

Hiermit wird freundlich um eine kurze Benachrichtigung über die Höhe des Kostenzuschusses für die oben genannte Leistung gebeten. Nach erfolgreicher Teilnahme (mind. 80% des Kurses), wird die Teilnahmebescheinigung und die Rechnung über die Kursgebühr eingereicht.

VORAUSSICHTLICHE KOSTEN

Kurseinheit I	1 x 60 Minuten á 100,00 €	€ 100,00
Kurseinheiten 2-3	3 x 30 Minuten á 60,00 €	€ 180,00
INSGESAMT (inkl. 19% Umsatzsteuer)		€ 280,00

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

* Bitte beachten Sie, dass die Kosten für die Ernährungsprävention nach § 20 SGB V 19% Umsatzsteuer beinhalten.

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

Über die Teilnahme am Präventionskurs
nach § 20 SGB V



VERSICHERTE / R

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Versichertennummer

KURS - BESTÄTIUNG

Kurs-ID (ZPP):

KU-ER-9QD58Q

Anbieter-ID (ZPP):

AN-JJXL88, Dr. Alina Kistenmacher

Teilnahmebestätigung **mind. 80%** der Kurseinheiten

Hiermit wird die Kursteilnahme der/ des o.a. Versicherten am oben angegebenen Präventionskurs mit Stempel und Unterschrift bestätigt und um die Erstattung der Kurskosten an den / die Versicherte/n an die Ihnen bekannte Kontoverbindung der/ des Versicherten gebeten.

Der Ernährungspräventions-Kurs nach § 20 SGB V erfolgte durch die Praxis für Ernährungstherapie Lübeck, Inh. Dr. Alina Kistenmacher.

Praxisstempel

Unterschrift