



Schlenke 7, 46514 Schermbeck

An Ihre Krankenkasse

Tel. +49 (0) 2853 39674
Mail eb.ute.becker@online.de
Web www.eb-becker.de

IBAN DE71 400693630122633501
BIC GENODEM1SMB
Volksbank Schermbeck

St.Nr. 130/5006/1606
Finanzamt Wesel

Schermbeck, den

Kostenvoranschlag für ernährungstherapeutische Beratung (§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

Versicherte(r):

Anschrift:

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die ärztlich empfohlene, ernährungstherapeutische Beratung Ihrer/Ihres o. g. Versicherten (siehe ärztliche Bescheinigung) entstehen folgende Kosten:

Leistung	Dauer der Beratung	Kosten
Erstberatung:	1 x 60 Minuten	70,00 EUR
5 Folgeberatung	5 x 30 Minuten	37,00 EUR
<u>Gesamt</u>		<u>255,00 EUR</u>

Zuzüglich Informationsmaterial 27, --€ entsteht ein Gesamtbetrag von **282,00 €**.

Hinweis: Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Leistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht vollständig umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts bzw. eventueller Differenzbeträge für die Beratungsleistung verpflichtet.

Bewilligung durch Krankenkasse: (Schreiben nach Bewilligung bitte an den Versicherten zurücksenden.)

<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des Leistungserbringers</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)</p>	<p>Hiermit bewilligen wir unserer/unserem Versicherten eine Kostenerstattung in Höhe von _____ EUR.</p> <p style="text-align: center;">Datum, Stempel, Unterschrift des Erstatters</p>
---	---