

Anschrift der Krankenkasse

.....  
.....  
.....

### **Antrag auf Kostenerstattung für ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V**

.....  
Name des Versicherten

.....  
Geburtsdatum des Versicherten

.....  
Anschrift des Versicherten

.....  
Versicherten-Nr

#### **Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch**

Melanie Juschus

Telefon: 06074 - 728 43 41

Diplom-Oecotrophologin, Ernährungsberaterin/DGE

Messeler Str. 51A | 63303 Dreieich

E-Mail: kontakt@ernaehrungstherapie-dreieich.de

Frau Juschus ist aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zusatzqualifizierung eine von den Krankenkassen anerkannte Fachkraft. Qualifizierungsnachweise zur Vorlage bei der Krankenkasse können bei Bedarf in der Praxis angefordert werden.

Die ärztliche Zuweisung und ggf. eine Abtretungserklärung (s.u.) liegen bei.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten ggf. des gesetzl. Vertreters

#### **Abtretungserklärung (optional)**

Erläuterung: Die Abtretungserklärung ist freiwillig. Sie ermöglicht der Beratungskraft den Bezuschussungsanteil direkt mit der gesetzlichen Krankenkasse des Versicherten abzurechnen. Somit muss der Versicherte pro Beratungseinheit lediglich den ggf. anfallenden Eigenanteil in bar leisten. Eine Quittung wird ausgestellt. Sollte der Versicherte diese Option nicht in Anspruch nehmen wollen, muss er für die Gesamtsumme der Beratungskosten (Kassenanteil plus den ggf. anfallenden Eigenanteil) in Vorleistung gehen und muss sich eigenverantwortlich nach Abschluss der Beratung um die Rückerstattung des zugesicherten Zuschuss von der Krankenkasse kümmern.

.....  
Name des Versicherten

.....  
Geburtsdatum des Versicherten

.....  
Anschrift des Versicherten

.....  
Versicherten-Nr

#### **Hiermit trete ich die Bezuschussung für die oben genannte Leistung durch**

**Melanie Juschus**, Diplom-Oecotrophologin, Ernährungsberaterin/DGE, Messeler Str. 51A aus 63303 Dreieich

**an**

**Melanie Juschus**, Diplom-Oecotrophologin, Ernährungsberaterin/DGE, Messeler Str. 51A aus 63303 Dreieich

**ab.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten ggf. des gesetzl. Vertreters