

## **AOK Antrag auf Kostenerstattung Ernährungsberatung**

Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,  
hiermit beantrage ich freundlicherweise die Übernahme für eine (vom Versicherten anzukreuzen!)

- Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V (bei Erkrankung)**  
Notwendigkeitsbescheinigung des Arztes liegt bei
- Ernährungsberatung gemäß § 20 Abs. 1 SGB V (zur Prävention)**  
Ggf. Rezept des Arztes liegt bei

welche von **Frau Silke Niemeyer** im Krankenhaus Ludmillenstift durchgeführt wird.  
Als **Diätassistentin mit der Zusatzqualifikation Ernährungsberater Vfed** erfüllt sie die Voraussetzung für eine Kostenerstattung.

**Persönliche Daten der/ des Versicherten bzw. Antragsteller\*in** (vom Versicherten auszufüllen!)

<b>Vor-, Zuname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße</b>	
<b>Wohnort</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	

<b>Dienstleistung</b>	<b>Dauer</b>	<b>Betrag</b>
<b>Erstberatung:</b>	<b>60 Minuten, davon &gt; 30 Minuten Beratung &gt; 30 Minuten Dokumentation, Anamnese, Therapievorbereitung</b>	<b>45</b>
<b>Folgeberatung je:</b>	<b>30 Minuten</b>	<b>45</b>

**Beratungsgründe:** (bitte ankreuzen, bzw. siehe Verordnung)

- |                                                           |                                                             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien & Unverträglichkeiten  | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechsel & Arteriosklerose |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme                 | <input type="checkbox"/> Diabetes & Insulinresistenz        |
| <input type="checkbox"/> Magen- Darm- Erkrankungen        | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen                  |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung & Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                      | <input type="checkbox"/> Ess-Störungen                      |

Ich bitte Sie, die Kostenübernahme zu prüfen und mich darüber zu informieren, wie viele Beratungstermine mit welchem Kostensatz Ihrerseits genehmigt werden und Sie noch ein Rezept oder eine Notwendigkeitsbescheinigung des Arztes benötigen.

Bitte kontaktieren Sie Frau Niemeyer, falls Sie Qualifikationsnachweise benötigen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(vom Versicherten auszufüllen!)