

Kostenvoranschlag für Ernährungsberatung

(§ 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V)



Versicherte(r):

Name: _____

Vorname: _____

Vers. Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren der Leistungsabteilung,

ich sende Ihnen den Kostenvoranschlag für eine ernährungstherapeutische Beratung für o.g. Patienten. Nach einem einführenden Kontakt hat mich Frau/Herr _____ zur Beratung bestellt.

Als selbstständige Diätassistentin bin ich gerne bereit, diese ernährungstherapeutische Maßnahme zu gestalten und durchzuführen.

Die Indikation zu einer ernährungstherapeutischen Beratung ist nach ärztlicher Verordnung bei _____ unbedingt gegeben. Die Ernährungsberatung erfolgt als delegierte Leistung des verordnenden Arztes.

Die Begleitung über einen entsprechenden Zeitraum von mindestens drei bis sechs Monaten ist Grundlage für eine erfolgreiche und dauerhafte Veränderung des Symptom- und Essverhaltens. Um die Therapieform entsprechend den Leitlinien zu gestalten, bitte ich Sie um Kostenübernahme im Sinne des § 43 SGB V. Für weiterführende Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße,

Lea Wigman
Ernährungsberatung und –Therapie

Diätassistentin
Ernährungsberaterin/DGE
Zusatzqualifikation allg. Pädiatrie/VDD

Weseler Str. 28
47661 Issum
Tel.: 0173/1581230