

KOSTENVORANSCHLAG zur Diättherapie / Ernährungsberatung



XXX, den _____

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Krankenkasse _____ E-Mail _____

Tel. privat _____ Tel. geschäftl. _____

MASSNAHME

- Ernährungsberatung gemäß §20 SGB V
 Individuell einzeln / Familie
 Diättherapie gemäß §43 SGB V
 Kleingruppenschulung

INDIKATION

- Laut ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung
 Laut Beratungsvereinbarung

LEISTUNG	INHALTE	ERSTATTUNG	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erstberatung _____ min = _____ €	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Sichtung der Diagnosen und Labordaten • Zielvereinbarung • Anleitung zur Führung eines Ernährungsprotokolls 	_____	_____	_____
Folgeberatung _____ min = _____ €	<ul style="list-style-type: none"> • Nährwerttendenzeanalyse • Beratung zu <ul style="list-style-type: none"> – Essverhalten – Lebensmittelauswahl – Ernährungsphysiologie – Lebensstilmodifikation – Verhaltensmodifikation – Rückfallprophylaxe 	_____	_____	_____

Es gilt der Stundensatz von _____ €/Stunde, es wird der tatsächliche Zeitumfang abgerechnet.

Die Beratungen können persönlich, telefonisch oder per E-Mail genutzt werden.

Alle Leistungen werden privat in Rechnung gestellt. Bei nicht ärztlich verordneten Leistungen zzgl. gesetzliche Umsatzsteuer.

Ort, Datum

Unterschrift Berater