



Die neue Essklasse

Teilnahmebescheinigung für Diäteinzelberatungen

nach § 43 SGB V zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse.

Frau / Herr

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Krankenkasse :	Mitgliedsnummer:
Wohnanschrift :	

Aufgrund der Diagnose/ wesentliche Befunde:

Hinweis für den Arzt: Dieses Formular dient zur Abrechnung im Rahmen der sonstigen Leistungen zur Rehabilitation § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGBV für individuelle Ernährungs- und Diätberatung mit ärztlicher Verordnung bei den Krankenkassen. Der Patient bekommt damit 80 % seiner Kosten erstattet.

Die Vorlage einer ärztlichen Empfehlung ist erforderlich.

_____ Datum

_____ Unterschrift/ Stempel des Arztes

Teilnahmebescheinigung- Ernährungsberatung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Datum	Einzelberatung / Zeitumfang	Kosten
1.	45 - 60 min	
2.	45 - 60 min	
3.	45 - 60 min	
4.	45 - 60 min	
5.	45 - 60 min	
6.		
Gesamt		

_____ Datum

_____ Diätassistentin
Unterschrift/ Stempel

_____ Teilnehmer(in)
(Unterschrift)

Die Gebühren in Höhe von Euro wurden entrichtet, per Überweisung. (siehe Einzahlungsbeleg).
Commerzbank Dresden, Bankleitzahl: 85040000; Kontonummer: 2206282; Kontoinhaber: Claudia Otto

Claudia Otto
Ernährungs- und Diätberatung
Hertha-Lindner Straße 10 • 01067 Dresden
Tel. +49 / 3 51 / 43 83 18 03 • Fax +49 / 3 51 / 64 43 18 2
www.neue-essklasse.de