Antrag auf REHA gemäß § 43 SGB V 3 Stunden 267,-€

Hiermit beantrage ich eine Ernährungstherapie gemäß § 43 SGB V. Einen Kostenplan und eine Überweisung des Arztes sind beigefügt.

Name : ……………………………………………………………………………………………..

Straße : ……………………………………………………………………………………………

Postleitzahl/ Stadt : …………………………………………………………………………………………..

Versichertennummer: ……………………………………………………………………………………………

 O Ich habe die Vereinbarung zum Ablauf der Ernährungstherapie gelesen.

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

Kostenplan (Kostenvoranschlag) für eine **Ernährungstherapie** gemäß **§43 SGB V**

Sitzung á 50min Preis / Sitzung Auswahl / Sitzungen Preis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1  | 89,00 Kurz |  |  |
| 2 | 89,00 |  |  |
| 3 | 89,00 |  |  |
| 4 | 79,00 Normal |  |  |
| 5 | 79,00 |  |  |
| 6 | 69,00 Lang |  |  |
| 7 | 69,00 |  |  |
| 8 | 69,00 |  |  |
| 9 | 69,00 |  |  |
| 10 | 69,00 |  |  |
| Summe |  | Summe |  |

* Sie haben die Wahl. 3 Sitzungen sind der Mindestanspruch. Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschten Beratungsstunden an und tragen Sie den Preis in die rechte Spalte ein. Summieren Sie die Sitzungen.
* Die 4. und 5. Sitzung ist Preisgünstiger
* Ab der 6. Sitzung beträgt der Preis pro Sitzung nur noch 69,-€

Ich zahle die **Summe von (bitte Eintragen) ……………€**

auf folgende Weise:

1. Ich erteile Herrn Andreas Loos eine Einzugsermächtigung zu den gemeinsam beschlossenen Konditionen:

 IBAN:………………………………………………………………………………..

1. Ich zahle die die **volle Summe** umgehend
2. Ich möchte eine **monatliche Ratenzahlung** (ab 5 Stunden)

von……………………………………………………………….(Mindestrate 100,-€/Monat)

Und eine einmal Zahlung von………………………..

Beginn der Zahlung………………………………..……….

Letzte Rate…………………..………………………………….

Ich richte für das Nebenstehende Konto einen Dauerauftrag ein.

Andreas Loos

Bankverbindung HASPA

IBAN: DE 23200505501022856858

BIC: HASPPDE HH xxx

O Ich habe die Vereinbarung zum Ablauf der Ernährungstherapie gelesen.

Datum Unterschrift

 Andreas Loos Jarrestrasse 74 22303 Hamburg

 Tel.: 040-69 45 39 06 Mobil : 0170 381 65 89

EMAIL: info@andreas-loos.de

Net : www.andreas-loos.de

**Prävention und Ernährungstherapie**

**Vereinbarung**

1. Die Behandlungstermine, die wir miteinander vereinbart haben, sind **für Sie persönlich reserviert.**
2. Falls Sie, aus welchem Grund auch immer, einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte rechtzeitig ab, spätestens jedoch **24 Stunden vorher.**
3. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich Ihnen die Kosten für **kurzfristig** von Ihnen **abgesagte** und damit ausgefallene Beratungs- und Therapiestunden **in Rechnung** stellen muss.
4. Die Beratungsstunde für eine allgemeine **Ernährungsberatung (§ 20 SGB V) kostet 69,- €/ 60 min (incl. MwSt.).**

 Ich **rechne** **Viertelstunden genau** ab, wenn die Therapieeinheit länger oder kürzer ausfällt.

1. Bitte zahlen Sie den von mir geforderten Betrag umgehend auf das angegebene Konto.
2. **Therapien zur Gewichtsreduktion (ab BMI >30)** u**nd multiplen Erkrankungen** nehmen Zeit in Anspruch. Sie sollten sich deshalb auf ein gestrecktes Jahresprogramm (24 Wochen) einstellen. Grundsätzlich erfordert eine Ernährungstherapie einen intensivieren Einsatz und Studium der vom Arzt erstellten Diagnose.
3. **Die Ernährungstherapiestunde (§ 43 SGB V) wird mit 69,- bis 89,- € / für 50 min berechnet.**

 **Maßgebend ist Ihr Kostenplan!**

1. Studenten gewähre ich einen Rabatt von maximal 5%. Es besteht allerdings kein Rechtsanspruch auf diese Ermäßigung und muss persönlich und individuell verhandelt werden.

*Reichen Sie die von mir erstellte Rechnung bitte umgehend bei Ihrer Krankenkasse ein. Die Höhe der Bezuschussung erfragen Sie bitte bei Ihrer örtlichen Krankenkasse.*

Zertifizierte Beratungsqualität durch QUETHEB: Regis. Nr.:Q0911ET-0633

Ich erkenne diese Vereinbarung an

……………………… ………………………………………………….

Datum Unterschrift