Antrag auf REHA gemäß § 43 SGB V 3 Stunden 237,-€

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 für eine **Ernährungstherapie** gemäß **§43 SGB V**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sitzung/Zeit**  | **Zuschuss KK**  | **Zuzahlung**  | **Preis**  |
| **1. 60min**   | €  |  €  | 79,00 €  |
| **2. 30min**   | €  |  €  | 39,50 €  |
| **3. 30min**   | €  |  €  | 39,50 € |
| **4. 30min**   | €  |  €  | 39,50 € |
| **5. 30min**   | €  |  €  | 39,50 € |
| **Summe**   | €  |  €  |  **237,- €**  |

Ich zahle die **Summe von 237,- €** im Voraus

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 **präventive Ernährungsberatung (§ 20 SGB V) kostet 69,- €/ 60 min (incl. MwSt.).**
5. Bitte zahlen Sie den von mir geforderten Rechnungsbetrag (siehe Kostenplan) umgehend auf das angegebene Konto.
6. **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.
7. **Die Ernährungstherapiestunde (§ 43 SGB V) wird mit 69,- bis 89,- € / für 50 min berechnet. Maßgebend ist Ihr Kostenplan!** Ich **rechne** **Viertelstunden genau** ab, wenn die Therapieeinheit länger oder auch kürzer ausfällt!
8. 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.*

Ich erkenne diese Vereinbarung an und befreie den behandelnden Ernährungs-Therapeuten von seiner Schweigepflicht gegenüber den behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten und der Krankenkasse, zwecks der Weiterbehandlung, lesen von Befunden bzw. der Kommunikation mit Verrechnungsstellen.

"Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann".

……………………… ………………………………………………….

Datum Unterschrift