



Datum: _____

Kostenvoranschlag für Ernährungsberatung/ Ernährungstherapie (§20 SGB V | § 43 SGB V)

Versicherter Geb. Datum

Straße / Hausnr. PLZ / Wohnort

Tel.-Nummer

Krankenkasse Versicherungsnummer

Anschrift der
Ernährungsfachkraft

Katharina Kiowski
Karl-Grillenberger-Str. 1
90402 Nürnberg

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die empfohlene, ernährungstherapeutische Beratung, werden voraussichtlich die im Folgenden aufgelisteten Kosten entstehen.

| Leistungen | Dauer der Beratung | Kosten |
|-----------------|--------------------|---------|
| Erstberatung | 1 x _____ Min. | _____ € |
| Folgeberatungen | 4 x _____ Min. | _____ € |

Beachten Sie hierbei bitte, dass es sich um eine Einschätzung der anfallenden Kosten handelt. Die tatsächlich entstehenden Kosten können, je nach in Anspruch genommenen Aufwendungen, abweichen.

Bitte teilen Sie meinem Patienten baldmöglichst (schriftlich) mit, in wie weit Sie sich als Krankenkasse an den Behandlungskosten beteiligen werden.

Für Ihre Bemühungen vorab herzlichen Dank.

Mit freundlichem Gruß,

Katharina Kiowski
(staatlich anerkannte Diätassistentin)