

Teilnahmebescheinigung für Diäteinzelberatungen  
nach § 43 SGB V zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse.

**Frau / Herr**

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b>  | <b>Geburtsdatum:</b>    |
| <b>Krankenkasse :</b>  | <b>Mitgliedsnummer:</b> |
| <b>Wohnanschrift :</b> |                         |

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.

-----  
Datum

-----  
Unterschrift/ Stempel des Arztes

**Bewilligung durch die Krankenkasse**

-----  
**Ort, Datum**

-----  
**Stempel, Unterschrift**

**Teilnahmebescheinigung für 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.            | 45 - 60 min                |        |
| <b>Gesamt</b> |                            |        |

-----  
Datum

-----  
Diätassistentin  
Unterschrift/ Stempel

-----  
Teilnehmer(in)  
(Unterschrift)

Die Gebühren in Höhe von ..... Euro wurden entrichtet, per Überweisung (siehe Einzahlungsbeleg).