

„Seelena“ Mental- und Ernährungscoaching  
Tabea Padilla Fuentes  
Staatlich anerkannte Diätassistentin  
VDD zertifiziert



## Antrag auf Kostenerstattung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse

Persönliche Daten Versicherte\*/Antragsteller\*in

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnr. \_\_\_\_\_

### für Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Ernährungstherapie	Dauer	Kosten	Brutto gesamt
1 x Erstberatung	60 min.	99,00 €	99,00 €
4 x Folgeberatungen	Je 30 min.	49,00 €	196,00 €
			<b>295,00 €</b>

Hiermit beantrage ich freundlich die Übernahme für o. g. Leistung, welche von Frau Tabea Padilla Fuentes durchgeführt wird. Als vom VDD zertifizierte Diätassistentin erfüllt sie die Voraussetzung für eine anteilige Kostenerstattung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Versicherte\*r)

Die für die anteilige Kostenerstattung bei Therapie erforderliche ärztliche Empfehlung liegt bei (dies gilt nicht für die präventive Ernährungsberatung).

### **Bewilligung zur Kostenübernahme** (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Hiermit bewilligen wir o. g. Versicherte\*r eine anteilige Erstattung in Höhe von \_\_\_\_\_ €.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift (Krankenkasse)

„Seelena“ Mental- und Ernährungscoaching  
Tabea Padilla Fuentes  
Staatlich anerkannte Diätassistentin  
& Gesundheitsmanagerin  
Kraetkestraße 14  
10315 Berlin

web: [www.seelena.de](http://www.seelena.de)  
mail: [tabea.padilla@gmail.com](mailto:tabea.padilla@gmail.com)  
mobil: 01577 6361769