



Julia Ristow  
GESUNDHEITSCOACHING

## **Allgemeine Informationen für Sie**

**Anbei erhalten Sie einige hilfreiche Informationen zur Ernährungstherapie.**

Den hier beigefügten Kostenvoranschlag (Seite 3) reichen Sie bitte zusammen mit der ärztlichen Zuweisung (Seite 4) vorab bei Ihrer Krankenkasse ein. **Aktuelle Erstattungsrichtlinien und mögliche Kostenzuschüsse klären Sie bitte mit Ihrer Kasse.** Ernährungstherapie wird nach § 43 SGB V von den meisten Krankenkassen mit 35 Euro für die Erstberatung und 23 Euro für die Folgeberatung bezuschusst. Einige gesetzliche Krankenkassen zahlen auch einen höheren Zuschuss, von bis zu 100%.

Der Zuschuss der Krankenkassen umfasst i.d.R. 5 Sitzungen (1 Erstgespräch & meist 4 Folgeberatungen). Bei einer gewünschten Bezuschussung durch die Krankenkasse ist es sinnvoll ein Beratungspaket mit allen fünf Sitzungen zu buchen. Sie zahlen den Betrag dann vorab bei mir und bekommen nach der Durchführung der Beratungen eine Bescheinigung für die Kostenerstattung.

- **Preis für die Erstberatung (60 min.) 89,- € inkl. Messung der Körperzusammensetzung**
- **Preis für die erste Folgeberatung (45 min.) 69,00 €.**
- **Preis für die weiteren Folgeberatungen (je 30 min.) 49,00 €**
- **Preis für eine computergestützte Nährstoffanalyse des Ernährungsprotokolls 30,- € (Zusatzoption auf Wunsch buchbar)**
- **Zuschuss in der Regel 127,-€**

Sollten Sie privat versichert sein, gibt es die Möglichkeit die Gespräche als Heilpraktikerleistung abzurechnen. Bitte fragen Sie bei Ihrer privaten Krankenversicherung nach.

### **Bitte beachten Sie:**

Eine evtl. notwendige Terminänderung geben Sie mir bitte **spätestens 1 Werktag (24)** vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder per E-Mail bekannt. Bei weniger als 24 Stunden wird Ihnen einen Teil des Betrages in Rechnung gestellt.

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Informationen geholfen zu haben und freue mich auf unsere Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen



Julia Ristow  
GESUNDHEITSCOACHING

**Anmeldung zur Ernährungstherapie, Formular vor Erstberatung ausfüllen und an Frau Ristow weiterleiten**

**Allgemeine Daten:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Tel.: tagsüber \_\_\_\_\_ Tel: abends: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Persönliche Daten:**

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Name/ Dosierung; bitte alle angeben):

\_\_\_\_\_

Mein behandelnder Arzt (Telefonnummer, Straße, Ort):

\_\_\_\_\_

**Schweigepflichtsentbindung:**

Hiermit stimme ich zu, dass ggfls. Befunde bei meinem Arzt/meiner Ärztin angefordert werden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Patientenerklärung**

Die Gebühren für die ernährungstherapeutischen Beratungsleistungen werden wie folgt vereinbart: Erstberatung 89,00€, 1 Folgeberatung (45 min): 69,00€, weitere Folgeberatungen (30 min.): 49,00 € (Preise gelten bei Vereinbarung eines Beratungspaketes von 5 Sitzungen)

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung an, mit der Übernahme der anfallenden Kosten. Eine Terminabsage ist bis spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch/per mail mitzuteilen. Ich bin darüber informiert, dass für kurzfristig oder nicht abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich möchte, dass die Beratung als Heilpraktikerleistung in Rechnung gestellt wird, weil ich privat versichert bin.



## ZUR VORLAGE BEI DER ZUSTÄNDIGEN KRANKENKASSE

### Antrag auf Kostenübernahme/ Kostenzuschuss für therapeutische Ernährungsberatungen §43 Nr.2 SGB V

Mein(e) Patient(in) ist bei Ihnen versichert. Zur erfolgreichen Behandlung der Erkrankung wurde eine professionelle Ernährungstherapie durch den behandelnden Arzt empfohlen (siehe Zuweisung). Die Patienten werden entsprechend den aktuellen Standards in meiner Praxis therapiert und beraten. Ziel meiner interdisziplinären Arbeit ist die bereits entstandene Krankheit durch eine ernährungstherapeutische Maßnahme zu bessern bzw. zu beseitigen, wie es in den Leitlinien Adipositas/, Essstörungen/ Stoffwechsel/ Verdauungserkrankungen( [http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II\\_list.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_list.htm) ) für die in §43 SGB V genannten Indikationsbereiche gefordert wird.

#### Julia Ristow

- Diplom Oecotrophologin (FH)
- Heilpraktikerin
- VDO<sub>E</sub> Zertifikat
- Arbeitsschwerpunkte:  
Essstörungen (Bulimia, Anorexia nervosa, Adipositas),  
Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien
- Systemische Beratung

Im Auftrag o.g. Patienten wird freundlich um Kostenübernahme bzw. Kostenzusage für diese therapeutische Ernährungsberatung gebeten. Die Patienten werden den Betrag direkt an mich bezahlen und ihn dann von Ihnen anteilig erstattet bekommen wollen. Eine Rechnung über diese Ernährungsberatungen wird den Patienten jeweils ausgehändigt. Sollten Rückfragen entstehen, rufen Sie mich gerne an.

Gesprächsart	Inhalte	Dauer	Kosten
Erstberatung/ Auswertungs- gespräch*	Erhebung von Grunddaten; Ausführliche Anamnese, Übersichtsernährungsprotokoll, <u>Individuelle <b>therapeutische</b> Ernährungsberatung</u> abgestimmt auf die Gesundheitssituation des Patienten. Auswertung des Ernährungs-, Beschwerdeprotokolls. Zukünftige Verhaltensregeln werden umfassend vermittelt. Der Beratungsinhalt wird schriftlich formuliert. Formulierung von Beratungszielen.	~15 min  60min*	€ 89,00
4 malige Beratungs- gespräche*	Tendenzanalyse des Ernährungsprotokolls, Nachbereitung und Kontrolle der formulierten Beratungsziele. Betreuung bei auftretenden Problemen bei der Ernährungsumstellung, Hilfestellung bei der Auswahl geeigneter Lebensmittel.	30-45 min*	€ 49,00 - 69,00

\* Kostenzuschüsse für eine therapeutische Ernährungsberatung i.d.R. € 35,00 Auswertungsgespräch; € 23,00 Folgeberatungen (Krankenkassenanfrage)



Julia Ristow  
GESUNDHEITSCOACHING

### **Ärztliche Bescheinigung**

**(vom behandelnden Arzt auszufüllen und mit Seite 3 an die Krankenkasse weiterleiten)**

**Über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V  
(Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.)**

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Zutreffende Indikation/en bitte ankreuzen** (vom behandelnden Arzt auszufüllen):

- Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit:** z.B. Birkenpollenassoziiert
  
- Erkrankung der Verdauungsorgane z.B.**
  - Laktoseintoleranz
  - Fruktosemalabsorption
  - Sonstiges:
  
- Stoffwechselerkrankung z.B.**
  - Fettstoffwechselstörung (z.B. erhöhte Cholesterinwerte)
  - Diabetes mellitus
  - Hyperurikämie
  - Sonstiges:
  
- Gewichtsprobleme/ Essstörung z.B.**
  - Anorexia nervosa
  - Adipositas
  - Sonstige:
  
- Sonstiges:**

Stempel des Arztes

Datum, Unterschrift des Arztes