

## Antrag auf Kostenerstattung

für


**Patientenschulung**

**„JumboKids“ für adipöse / extrem adipöse Kinder und Jugendliche  
„Aktiv-leichter werden“ für adipöse / extrem adipöse Erwachsene**

Vor-/ Name des Versicherten \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Str./Nr. PLZ/Ort. \_\_\_\_\_  
Tel. /Mobil \_\_\_\_\_  
Geb. Dat. des Versicherten \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

*WICHTIG: Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beilegen!*

**Ambulantes Adipositasprogramm** Ergänzende Rehabilitation gemäß § 43.1,2 SGB V,  
Integrierte Versorgung 140a SGB V

 **„JumboKids“ Ambulantes Adipositasprogramm**  
für adipöse und extrem adipöse Kinder und Jugendliche

 **„Aktiv-leichter werden“ Ambulantes Adipositasprogramm**  
für adipöse und extrem adipöse Erwachsene

Gesamtkosten: 1.740,- € (Ernährung-Psychosoziales-Bewegung)

Kosten pro Monat: 145,- €

Dauer: 12 Monate

Kassenbonus bitte bei Ihrer Kasse erfragen. In der Regel 80 % bei regelmäßiger Teilnahme möglich!



Zertifiziertes Mitglied im  
Verband der Diätassistenten  
VDD e.V.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/bzw. Erziehungsberechtigten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:  
Die Patientenschulung für adipöse Kinder, Jugendliche und Erwachsene wird in folgendem Umfang gewährt:



## Abtrittserklärung an die Krankenkasse

### – Abtretung der Programmgebühren –

Name/Vorname : \_\_\_\_\_

geb. Dat.: \_\_\_\_\_

### Abtretungserklärung:

Die Ansprüche auf Kostenerstattung für das:

**Ambulantes Adipositasprogramm** Ergänzende Rehabilitation gemäß § 43.1,2 SGB V,  
Integrierte Versorgung 140a SGB V



„JumboKids“ Ambulantes Adipositasprogramm  
für adipöse und extrem adipöse Kinder und Jugendliche



„Aktiv-leichter werden“ Ambulantes Adipositasprogramm  
für adipöse und extrem adipöse Erwachsene

trete ich hiermit an die Praxis für Ernährungstherapie von Kim Stäublin ab.

Ich bitte die \_\_\_\_\_, die Kosten für das  
(Name der Krankenkasse)

Programm, abzüglich meines Eigenanteils, monatlich direkt mit  
(Frau Kim Stäublin – Geschäftsführung, Konzeptinhaber) abzurechnen.

Die Praxis-Zentrale benötigt hierfür das Genehmigungsschreiben in  
Kopie.

Ort/Datum:

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten