

Kostenvoranschlag für Familien (Übergewicht /Adipositas bei Kindern u. Jugendlichen)

für die ärztlich empfohlene, ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 1,2 SGB V entstehen folgende Kosten:

Voraussetzung: Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Kind + ggf. übergewichtiges Elternteil)

Kontaktdaten/geb. Dat. Patient: _____

Behandlungsplan, in Anlehnung an die Qualitätsstandards und Prozessqualitätskriterien des VDD e. V. und den Leitlinien zur Therapie und Prävention der Adipositas (Deutsche Adipositas-Gesellschaft)	Zeitaufwand	Betrag/€
Familien-Anamnesegespräch <ul style="list-style-type: none"> • Klärung des derzeitigen Ernährungsverhaltens • Persönliche Zielsetzung mit dem Patienten/Familie • Anleitung zur Führung eines Ernährungs- u. Bewegungsprotokolls • Sichtung der ärztlichen Diagnose / Laborwerte <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Psychologische Klärung möglicher Essstörungen (Bulimie, Binge Eating) bzw. psychiatrische Begleiterkrankungen (u.a. ADHS, Depressionen) 	90 min.	120 €
3 Folgeberatungen (ggf. Einzelgespräche ohne Eltern) Betreuung 1 x pro Monat mit folgenden Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Essverhalten erkennen, verändern, beibehalten - Umgang mit Langeweile-/Frust-/Stressessen - Hunger-Appetit-Sättigung/Völlegefühl - Essattacken beleuchten und verändern - Erarbeitung von Motivatoren (Positiv-/Negativliste von Einflüssen auf das Essverhalten) - Entspannungstechniken - Training eines unbefangenen Essverhaltens, verhindern schwerer Selbstvorwürfe • Verbesserung / Stabilisierung der Lebensqualität • Anleitung zur Selbstverantwortung • Stärkung von Motivation und Eigenkompetenz • Informationsvermittlung (u. a. aktuellen Empfehlungen und Beratungsstandards der optimierten Mischkost des Forschungsinstituts für Kinderernährung) 	3 x 60 min.	3 x 85,- €
Betrag insgesamt:		375,- €
Kassenzuschuss bis zu 300€ möglich! (bitte direkt mit Ihrer Kasse abklären):		



Abtrittserklärung an die Krankenkasse

Name/Vorname (betreffendes Kind) : _____

geb. Dat. (betreffendes Kind): _____

Abtretungserklärung:

Die Ansprüche auf Kostenerstattung für die individuelle Ernährungsberatung trete ich hiermit an „Die EssSchule“ von Kim Stäublin ab.

Ich bitte die _____, die Kosten für die
(Name der Krankenkasse)

Ernährungsberatung, abzüglich meines Eigenanteils, direkt mit (Frau Kim Stäublin – Diätassistentin, VDD-zertifiziert) abzurechnen.

Die Praxis für Ernährungstherapie benötigt hierfür das Genehmigungsschreiben in Kopie.

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten