

Ernährungsberatung

Herr/Frau....., geb.....

nimmt aufgrund einer nachgewiesenen Nahrungsmittelunverträglichkeit und/oder funktionelle Magen- und Darmerkrankung an folgender Ernährungsberatung teil:

- Laktosearme/-freie Ernährung (Dauer ca. 30 min)
- Fructosearme/ -freie Ernährung (Dauer ca. 30 min)
- Sorbitarme/-freie Ernährung (Dauer ca. 30 min)
- FODMAP (Dauer ca. 30 min)
- Unklare Nahrungsmittelunverträglichkeit (Dauer ca. 60 min)

Die Kosten je Schulungseinheit betragen nach GOÄ-Nr.33 (30 min mit Faktor 1,8 und 60 min mit Faktor 3,5) entsprechend

jeweils 30 Euro, bei unklarer Nahrungsmittelunverträglichkeit 60 Euro

Die Kosten der Schulung werden in der Regel **nicht** von der Krankenkasse übernommen. Es handelt sich um eine **individuelle Gesundheitsleistung (IGEL)**

Es besteht die Möglichkeit eine nachträgliche Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu beantragen.

Hiermit erkläre ich, daß ich die gekennzeichnete individuelle Gesundheitsleistung in Anspruch nehme und die Kosten übernehme.

Datum:

Unterschrift: