



**Praxis für
Ernährungstherapie & Ernährungsberatung**
Rehabilitation • Prävention • Projekte • Schulungen
Ute Jagau (Dipl. oec. trop. M. A.)

Römerstr. 38
61381 Friedrichsdorf
Tel. 06172-72 521
praxis@vitalfit.de
www.vitalfit.de

[Ernährungspraxis HTK, Römerstr. 38, D-61381 Friedrichsdorf](#)

Beantragung der Rehabilitation zur Gewichtsnormalisierung

1. Schritt - Ärztliche Befürwortung

Sie vereinbaren mit Ihrem Kind bei Ihrem Kinderarzt einen Termin zur Medizinischen Untersuchung. Und bitten den Arzt, das Formular Ärztliche Befürwortung und medizinische Untersuchung auszufüllen.

2. Schritt - Antrag auf Kostenerstattung

Sie selbst füllen sorgfältig den "Antrag auf Kostenerstattung" und das Formular "Selbstverpflichtung" aus.

3. Schritt

Sie erstellen Kopien von den Arzt- und Antragsformulare

4. Schritt

Die Original-Formulare schicken Sie an Ihre Krankenkasse.

5. Schritt - unverbindliche Anmeldung

Sie schicken die Kopie der Arzt- und Antragformulare an
Ernährungspraxis Ute Jagau
Römerstr. 38 in
61381 Friedrichsdorf

Bei **Bewilligung oder Ablehnung** Ihres Kostenantrags
durch Ihre Krankenkasse rufen Sie bitte sofort uns an
(Tel. 06172 727521) oder schreiben Sie uns eine Mail (praxis@vitalfit.de)

Alternative Antragsstellung

Rufen Sie uns an (Tel. 06172 727521) oder schreiben Sie uns eine Mail (praxis@vitalfit.de). Wir vereinbaren mit Ihnen und Ihrem Kind einen Termin, an dem wir mit Ihnen gemeinsam den Antrag stellen und die Arztformulare für den Ihren Arzt weitgehend vorbereiten.

Ihr Praxisteam

Seite 1 von 3

Römerstr. 38
D-61381 Friedrichsdorf
Tel.: 06172 - 72 521
Fax: 06172 - 72 546
E-Mail: praxis@vitalfit.de <http://www.vitalfit.de>

Registriert bei:
Deutsche Gesellschaft der
qualifizierten Ernährungstherapeuten
und Ernährungsberater QUETHEB
unter **Q1204ET-0272**



Anschrift der Krankenkasse

**Antrag auf
Kostenübernahme
für ergänzende Rehabilitation gemäß § 43 1,2 SGB V,
Integrierte Versorgung**

Name, Vorname des Versicherten		geb. am:	Alter:
Straße:		PLZ:	Ort:
Krankenkasse:		Versicherten-Nr.:	
Patient/Kind Name/Vorname		geb. am:	Versicherten-Nr.:

„Ambulantes Therapieprogramm für übergewichtige Kinder und Jugendliche“

Ich beantrage Kostenerstattung für ernährungs-, verhaltens- und bewegungstherapeutische Maßnahmen durch die Praxis für Ernährungstherapie und Ernährung Ute Jagau (Dipl. Oec. troph. M. A.)
Römerstraße 38, 61381 Friedrichsdorf, Tel. 06172 72521, Fax 06172 72546, praxis@vitalfit.de, www.vitalfit.de

	Kosten	Leistungsumfang
		Ernährungsanamnese, Koordination des Therapieplanes, Teamgespräche mit dem behandelnden Arzt, dem Ernährungs-, Sport- und Psychotherapeuten
Intensivphase 1. – 4. Monat	€ 795,-	18 x 60 Min. Gruppenschulungen (Ernährung-, Essverhalten, Verhaltensschulung) 3 x 120 Min. Kochpraxis
Grundphase 5. – 8. Monat	€ 550,-	28 x 90 Min. Bewegungsprogramm, davon 3 x 90 Min. mit Eltern 9 x 60 Min. Elternschulung
Stabilisierungsphase 9. – 12. Monat	€ 250,-	3 Familiengespräche Ab den 9. Monat aktive Ausübung einer Sportart im Sportverein auf eigene Kosten
Bis 3. Jahr nach Therapie		APV-Evaluation: Erhebung und Dokumentation der Verlaufsdaten während und im 1., 2. und 3. Jahr nach der Therapie
Gesamtkosten, ohne ärztliche Untersuchungen	€ 1595,-	insgesamt 78 Std pro Familie

Interdisziplinäres Team: behandelnder Arzt, Ernährungstherapeutin (Dipl. oec. troph.), Sporttherapeutin, Dipl. Psychologin
Die Ernährungspraxis führt seit 2004 kassenanerkannte ergänzende Rehabilitation-Maßnahmen zur Gewichtsnormalisierung durch.
Der Qualifikationsnachweis der Ernährungspraxis kann digital als Pdf-Datei über die E-Mail praxis@vitalfit.de angefordert werden.

Die Ärztliche Befürwortung /Notwendigkeitsbescheinigung, die Medizinische Untersuchung und die Selbstverpflichtung der Eltern zum Sport liegen diesem Antrag bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse

Die Ambulante Interdisziplinäre Rehabilitation (Integrierte Versorgung) wird im folgendem Umfang gewährt:

Selbstverpflichtung der Eltern,

**dass Ihr Kind ab der Stabilisierungsphase des ambulanten Schulungsprogramms
zur Gewichtsnormalisierung aktiv und regelmäßig Sport treibt.**

Dieses Formular wird vom Patienten / Eltern ausgefüllt.

Anlage zum Antrag auf Kostenerstattung für ein Ambulantes Interdisziplinäres Adipositaschulungsprogramm

Name, Vorname vom Patient/Kind		geb. am:	Alter:
Straße:	PLZ:	Ort:	
Krankenkasse:		Versicherten-Nr.:	
mitversichert bei Name/ Vorname		Versicherten-Nr. des Versicherungsnehmers:	

Hiermit verpflichte ich mich, dass mein Kind ab der Stabilisierungsphase, in der folgenden Einrichtung und in dem/n folgenden Kurs/en auf eigene Kosten aktiv trainiert.

Name der Einrichtung / des Sportvereins		Ansprechpartner:					
Straße:	PLZ:	Ort:					
Sportgruppe:	Min.	Häufigkeit der Teilnahme in der Woche					
		1 x	2 x	3 x	4 x	6 x	7 x

Ich versichere hiermit, dass mein Kind ab dem 8. Monat der Rehabilitation auf eigene Kosten im Sportverein trainiert und monatlich einen schriftlichen Nachweis über die regelmäßige Teilnahme erbringt.

Ort/Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten