

Antrag auf Kostenbeteiligung im Rahmen der Patientenschulung nach § 43 Abs.1 Nr. 2 SGB V für Adipositaspatienten

Anschrift Krankenkasse

Kopie an Leistungserbringer:

Ernährungszentrum am Berger See
Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH,
Schernerweg 4,
45894 Gelsenkirchen
Telefon: 0209 5902-485
Email: ernaehrungszentrum@bergmannsheil-buer.de

Hiermit beantrage ich eine Kostenbeteiligung für das Patientenschulungsprogramm der e.a.t Ernährungsberatung mit dem Kurstitel „XXL-Kurs BMI 40+“[©]

Name des

Versicherten _____ Vorname _____

geb. am (TT.MM.JJ) _____

Geschlecht w m

Anschrift:

Strasse _____

PLZ _____

Ort _____

Versichertennummer: _____

Behandelnder Arzt

Telefon: _____

E-Mail: _____

- Eine erste Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien (insbesondere des BMI) durch den behandelnden Arzt erfolgte. Eine **ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung** ist als Anlage beigefügt.

Voraussichtlicher Schulungsbeginn / Schulungsende:

Leistungserbringer: Ernährungszentrum am Berger See, Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH,
Schernerweg 4, 45894 Gelsenkirchen

Kursstandort: Ernährungszentrum Bergmannsheil-Buer

Schulungsdauer: 10 Monate. Die Schulungskosten betragen 1590,- Euro incl. aller Unterlagen.

Haben Sie in den letzten 4 Jahren bereits an einer Patientenschulung nach § 43 S Abs. 1 Nr. 2 SGB V für Adipositaspatienten teilgenommen? Ja Nein

Die Schulung entspricht den Kriterien der gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage der § 43 Abs. 1 Nr. 2 in der Fassung vom 2. Dezember 2013, zu denen der Medizinische Dienst der Krankenkassen zuletzt im Mai 2016 Stellung genommen hat. Änderungen werden der Krankenkasse angezeigt. Der Anbieter führt die Evaluation der Schulungsmaßnahme durch. Die Teilnehmerdaten werden hierbei in die Evaluation eingepflegt.

Datum

Unterschrift des Patienten