

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Krankenkasse / Kostenträger	
Name, Vorname	geb. am
Versicherungsnr.	
Arzt-Nr.	Datum

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V ist notwendig.

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m ²	RR:	/	mm Hg
--------	----	----------	----	------	-------------------	-----	---	-------

Indikationen für eine Ernährungstherapie:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht |
| <input type="checkbox"/> Fettleber/ NAFLD | <input type="checkbox"/> Dyslipoproteinämie | <input type="checkbox"/> Z.n. Bariatrischer OP am _____ |
| <input type="checkbox"/> Insulinresistenz/ Prädiabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Artherosklerose | <input type="checkbox"/> KHK/ Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Z.n. <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> Apoplex am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastritis/ Ulkus <input type="checkbox"/> chron. | <input type="checkbox"/> Chronisch entz. Darmerkrankung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Essstörung: _____ | <input type="checkbox"/> Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Mangelernährung/ Untergewicht |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien <input type="checkbox"/> nachgewiesen <input type="checkbox"/> V.a. : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Laktose | Sonstiges: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung: _____ | <input type="checkbox"/> Z.n. nach OP: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankung: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatologische Erkrankung: _____ | |

Sonstige Diagnosen/

Weitere Informationen für die Beratung: _____

Anhang:

- Laborbefund
- Medikationsplan
- Befundberichte

Stempel/ Unterschrift

Informationen zur Ernährungstherapie

FÜR DEN ARZT:

- Die Verordnung der Beratungen erfolgt extrabudgetär
- Bitte übergeben Sie der Patientin/ dem Patienten diese Notwendigkeitsbescheinigung
 - 1x im **Original** (für die Krankenkasse) und
 - 1x als **Kopie** (für den Ernährungstherapeuten).
- Um eine umfassende und korrekte Beratung sicherzustellen, übergeben Sie Ihrer Patientin/ Ihrem Patienten bitte aktuelle Laborparameter und -berichte, den Medikationsplan und vorhandene Behandlungs- und Befundberichte.

FÜR DIE VERSICHTE / DEN VERSICHERTEN:

- Nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Krankenversicherung auf, um die Kostenübernahme der Ernährungstherapie zu klären, ggf. ist ein Kostenvoranschlag einer qualifizierten Ernährungsfachkraft notwendig.
- Informieren Sie sich über qualifizierte Ernährungsfachkräfte in Ihrer Nähe (z.B. Diätassistent: www.vdd.de > Diätassistentensuche) und vereinbaren Sie einen Termin, um Ihre Ernährungstherapie zu beginnen.