



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch einen/e Diätassistent/in oder qualifizierte/n Oecotrophologen/ in oder Ernährungswissenschaftler/in ist notwendig.

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m ²	Perzentile:	Blutdruck:	mmHG
--------	----	----------	----	------	-------------------	-------------	------------	------

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

Auftrag / wichtige Informationen für die Beratung

- Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Fettleber / Leberzirrhose / Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / KHK | <input type="checkbox"/> Gastritis / Ulkus | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis / Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung / Fütterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Untergewicht / Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz / -unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |

Informationen und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungsintervention

ARZT / ÄRZTIN:

- Verordnung ist extrabudgetär
- Übergabe der vollständig ausgefüllten Notwendigkeitsbescheinigung an die Patientin / den Patienten,
- ggf. zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

VERSICHERTE / VERSICHERTER:

- Kontaktaufnahme mit Ihrer Krankenkasse
- Notwendigkeitsbescheinigung bei der Krankenkasse abgeben
- Rufen sie mich an unter der oben angegebenen Telefonnummer.
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme