

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

- Einer qualifizierten Ernährungsberatung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

Kurativ

Gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater für:

Vorname, Name des Patienten	Geburtsdatum des Patienten
Bitte entsprechende Indikation(en) ankreuzen	
Stoffwechselstörungen:	Wenn vorhanden bitte Werte eintragen:
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen (Arteriosklerose/KHK/Hypertonie) <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Leberstoffwechselstörung / Fettleber <input type="checkbox"/> Harnsäurestoffwechsel / Hyperurikämie, Gicht <input type="checkbox"/> Insulinresistenz <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom	Untersuchungsergebnis vom: _____ BMI: _____ Blutdruck: _____ HbA1c: _____ Chol: _____ TG: _____ HDL/LDL: _____ Harnsäure: _____
Gastroenterologische Erkrankungen:	In der Beratung zu beachtenden Medikamenten:
<input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Chronisch - entzündliche Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhö <input type="checkbox"/> Flatulenz <input type="checkbox"/> _____-Resektion <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit /- Zöliakie <input type="checkbox"/> _____	Medikation des Patienten vom _____
Andere:	Datum und Stempel, Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arzt
<input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Intoleranzen und Allergien: _____ <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> _____	Datum und Stempel, Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arzt

Information und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer qualifizierten Ernährungsberatung:

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:

- Reichen sie diese ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zusammen mit einem Kostenvoranschlag zur Ernährungsberatung bei ihrer Krankenkasse zur Klärung der Kostenbeteiligung ein.
- Zur vereinbarten Ernährungsberatung bringen sie die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung im Original oder als Kopie bitte mit.
- Die Kosten der Ernährungsberatung werden von ihnen nach Rechnungsstellung beglichen.
- Im Anschluss an die Beratungseinheiten reichen sie die Rechnung ihrer Krankenkasse ein und erhalten die ihnen im Vorfeld zugesagte Rückerstattung.
- Natürlich ist auch eine Beratung ohne Zusage ihrer Krankenkasse als Eigenleistung möglich.