

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

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

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 Information für die Beratung

- Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

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

Sonstiges _____

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. zusätzliche Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

VERSICHERTE / VERSICHERTER

- Kontaktaufnahme mit Krankenversicherung und / oder Diätassistenten/in oder qualifizierter/n Oecotrophologe/in oder Ernährungswissenschaftler/in
- Klärung der Finanzierung bzw. Bezuschussung der verordneten Maßnahme (ggf. Kostenvoranschlag von Diätassistent/in oder Ernährungswissenschaftler/in vor Inanspruchnahme der Krankenversicherung notwendig)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme