

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 eine(n) Diätassistent*in oder qualifizierte(n) Oecotropholog*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

| | |
|---------|--------------------------------|
| Stempel | Unterschrift von Ärztin Arzt |
|---------|--------------------------------|

- Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

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"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 oder 2 | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Untergewicht Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung Fütterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz -unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Informationen und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungstherapie

ÄRZTIN | ARZT:

- Verordnung ist extrabudgetär
- Übergabe der vollständig ausgefüllten Notwendigkeitsbescheinigung an Patient*in
- ggf. zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

VERSICHERTE | VERSICHERTER:

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