

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.

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

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 / Futterstörungen	<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"/> Zustand nach bariatrischer Operation		

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. zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

VERSICHERTE / VERSICHERTER:

- Kontaktaufnahme mit Krankenversicherung und / oder Diätassistent/in oder qualifizierter/n 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