

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)



Diplom-Oecotrophologin  
Ernährungsberaterin/DGE

Friedenstr. 19  
77654 Offenburg

0152 54 27 64 99  
0781 97 05 27 34

mail@ernaehrung-in-balance.info  
www.ernaehrung-in-balance.info

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

**Kurativ**

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig.

Telefonnummer PatientIn:

Größe:                      Gewicht:                      BMI:                      Perzentile:                      Blutdruck:

Diagnose / Verdachtsdiagnose (mögliche Indikationen siehe unten):

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte       Medizinische Befundberichte       Medikationsliste  
Abschlussbericht erwünscht?

Nein       Ja       telefonisch       schriftlich

Arztstempel/ Unterschrift des Arztes

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30          | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung  | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung                                |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25         | <input type="checkbox"/> Hypertonie              | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung                                 |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5      | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/ Gicht    | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz                              |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt   | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption                          |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                   | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung         | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz                             |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlemährung     | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Zöliakie/ Sprue/ gluteninduzierte Enteropathie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: _____ | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung         | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                         |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung      | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz    | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung        | <input type="checkbox"/> _____  |

Patienteninformation für gesetzlich Versicherte:

Nehmen Sie vor der Behandlung Kontakt zu Ihrer Krankenkasse auf und informieren Sie sich über die Höhe der Bezuschussung.

1. Zur Beantragung benötigen Sie folgende Formulare: Antrag auf Kostenerstattung, Kostenvoranschlag, ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung.

2. Ihre Ernährungsberaterin benötigt eine Kopie dieser Unterlagen, die Originale senden Sie bitte an Ihre Krankenkasse.

3. Um Ihre Rückerstattung zu erhalten, reichen Sie Ihre Rechnung sowie Ihren Zahlungsnachweis bei Ihrer Krankenkasse ein.