

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	
Name, Vorname des Versicherten								
geb. am								
Kassennummer			Versicherten-Nr.:			Status		
Vertragsarzt Nr.:			VK gültig bis			Datum		

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

über die medizinische Notwendigkeit einer ernährungstherapeutischen Beratung
§ 43, Satz 1, Nr.: 2 SGB V



Monika Drückler
 Diätassistentin • Ernährungsberaterin/DGE
 Ernährungsfachkraft Allergologie/VDD
 Grambeker Weg 56
 23879 Mölln
 Tel.: 0 45 42 - 987 50 02
 Mobil.: 01 72 - 416 94 84
 info@ernaehrung-beratung-gesundheit.de
 www.ernaehrung-beratung-gesundheit.de

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

behandelnder Arzt:

Datum, Unterschrift des Arztes

Größe in cm:	Gewicht in kg:	BMI :	Perzentile:	Blutdruck:	mmHG
--------------	----------------	-------	-------------	------------	------

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose

Auftrag / wichtige Information für die Beratung

- Laborbefunde Medikamentenplan Befundberichte

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fettleber / Leberzirrhose / Hep | <input type="checkbox"/> nephrologische Erkrankung |
| <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"/> chronische entzündliche Darmerl | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Essstörung / Fütterstörungen | <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"/> Sonstiges _____ | | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |

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 der Befunde

VERSICHERTE / VERSICHERTER:

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