

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

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(die Zuweisung ist budgetneutral)

### Kurativ

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß §43 SGB V durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft ist notwendig.

Telefonnummer Patient\*in: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm | Gewicht: \_\_\_\_\_ kg | BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> | Perzentile: \_\_\_\_\_ | Blutdruck: \_\_\_\_\_ mmHg

Diagnose / Verdachtsdiagnose (mögliche Indikationen siehe unten):

### Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte  Medizinische Befundberichte  Medikationsliste

Abschlussbericht erwünscht?

Nein  Ja  telefonisch  per Post  per E-Mail an \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
/ Arztstempel

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas                  | <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom    | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz                          | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht                 | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                              | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz     |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht                | <input type="checkbox"/> Hypertonie               | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung                                | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption  |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt  | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung  | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung                               | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz      |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                  | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht      | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                               | <input type="checkbox"/> _____                  |
| <input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung   | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                        | <input type="checkbox"/> _____                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ _____ | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung          | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue/gluten-induzierte Enteropathie |   |

### Erklärungen zur Vorgehensweise bei gesetzlich Versicherten: DIE ÄRZTIN/DER ARZT

- Hält eine ernährungs(therapeutische) Beratung für notwendig und bescheinigt dies mit Angabe der Diagnose
- Gibt diese Notwendigkeitsbescheinigung dem/der Patient\*in mit und legt Kopien aktueller Blutwerte, ggf. der Medikation und evtl. Befundberichte bei!

### DIE PATIENTIN/DER PATIENT

- Nimmt Kontakt zur Krankenkasse auf um sich nach den Bezuschussungsmodalitäten zu erkundigen.
- Nimmt dann Kontakt zur Ernährungsberaterin auf.
- Lässt die Ernährungsberaterin vor der Beratung oder spätestens zum Erstgespräch die Kopie der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung sowie die aktuellen Blutwerte, Befundberichte und ggf. die Übersicht der Medikation zukommen.

- Wird ggf. von der Krankenkasse aufgefordert, einen Kostenvorschlag der Ernährungsberaterin vorzulegen.
- Sendet das Original der Notwendigkeitsbescheinigung (und ggf. den Kostenvorschlag) an die Krankenkasse und wartet auf Rückmeldung.
- Nimmt die Ernährungsberatungsleistungen in Anspruch und zahlt die Rechnung der Ernährungsberaterin.
- Stellt bei der Krankenkasse mittels Vorlage der Rechnung und dem Zahlungsnachweis den Antrag auf Bezuschussung/Rückerstattung.

### Erklärungen zur Vorgehensweise bei privat Versicherten:

Privat Versicherte sollten im Vorfeld der Beratung unter Vorlage dieser Bescheinigung Kontakt zur Krankenversicherung aufnehmen. Eine Bezuschussung ist hier u. a. vom abgeschlossenen Vertrag abhängig.