

## 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 einen/e Diätassistent/in oder qualifizierte/n Oecotrophologen/in oder Ernährungswissenschaftler/in ist notwendig.

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	kg/m <sup>2</sup>	Perzentile:	Blutdruck:	mmHG
--------	----	----------	----	------	-------------------	-------------	------------	------

### Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

### Auftrag / wichtige Informationen für die Beratung

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

Laborbefunde

Medikamentenplan

Laborbefunde

### 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 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 /<br>-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 oder qualifizierter/n Oecotrophologe/in oder Ernährungswissenschaftler/in **vor** Inanspruchnahme für Krankenversicherung notwendig)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme