

# 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 eine(n) Diätassistent\*in oder qualifizierte(n) Oecotropholog\*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

Stempel	Unterschrift von Ärztin   Arzt
---------	--------------------------------

- Laborbefunde     Medikamentenplan     Befundberichte

## 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"/> Darmerkrankungen             | <input type="checkbox"/> Hypertonie                                    | <input type="checkbox"/> Rheuma                               |
| <input type="checkbox"/> COVID-19                     | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie   Gicht                         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 oder 2        | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie                        | <input type="checkbox"/> Untergewicht   Mangelernährung       |
| <input type="checkbox"/> Essstörung   Fütterstörungen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz   -unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie                             |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung      |  | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____              |  |   |

### Informationen und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungstherapie

#### ÄRZTIN | ARZT:

- Verordnung ist extrabudgetär
- Übergabe der vollständig ausgefüllten Notwendigkeitsbescheinigung an Patient\*in
- ggf. zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte

#### VERSICHERTE | VERSICHERTER:

- Kontaktaufnahme mit Krankenversicherung und/oder Diätassistent\*in oder qualifizierter(m) 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