

# 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  <br>-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