

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

- 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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Vers.-Nummer	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Straße	PLZ, Ort	Tel.	
Größe:	cm	Gewicht:	kg
BMI:	kg/m <sup>2</sup>	Perzentile:	
Blutdruck:		mmHG	

## Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas   | <input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Leberzirrhose                        | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung              |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht   | <input type="checkbox"/> Pankreatitis  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung  | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> Nierensteine                         |
| <input type="checkbox"/> Essstörung   Fütterstörung   | <input type="checkbox"/> Covid 19 <input type="checkbox"/> COPD                                  | <input type="checkbox"/> nephrot. Syndrom                     |
| <input type="checkbox"/> KHK  | <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Osteoporose                             | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz   Dialyse         |
| _____   | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit, Laktose-, Fruktose-, Sorbit-, Histamin | <input type="checkbox"/> Zöliakie                             |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie   | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie  | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung <input type="checkbox"/> TG                    | <input type="checkbox"/> Obstipation   |   |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie <input type="checkbox"/> Gicht                           | <input type="checkbox"/> Divertikel / Divertikulitis   |   |
| <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Ösophagitis [EoE]                      | <input type="checkbox"/> Kurzdarm <input type="checkbox"/> Reizdarm                              |   |
| <input type="checkbox"/> Gastritis   Ulkus   fkt. Dyspepsie                                     | <input type="checkbox"/> CED   |   |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis   Cholelithiasis   |  |   |

Stempel / Unterschrift von Arzt / Ärztin

## Informationen und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungstherapie

ÄRZTIN | ARZT:

VERSICHERTE | VERSICHERTER:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung ist extrabudgetär</li> <li>• Notwendigkeitsbescheinigung an Patient*in</li> <li>• zusätzlich Kopien aktueller Laborparameter, der Medikation und Befundberichte</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktaufnahme mit Diätassistent*in oder qualifizierter(m) Oecotrophologe*in</li> <li>• Klärung der Finanzierung bzw. Bezuschussung der verordneten Maßnahme mit Kostenvoranschlag von Diätassistent*in/ Oecotrophologe*in <u>vor Inanspruchnahme</u> bei Krankenversicherung notwendig</li> </ul> |
|--|--|