

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Die Zuweisung ist budgetneutral)



Alexandra Wallner

Praxis für Ernährungsberatung
und Ernährungstherapie

Diplom-Oecotrophologin

ZERTIFIKAT
ERNÄHRUNGSBERATERIN

VDOE
BERUFSVERBAND
OECOTROPHOLOGIE E.V.

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

geb. am: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ Blutdruck: _____

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborbefunde medizinische Befunde Medikamentenplan

Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft ist aufgrund folgender **Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)** notwendig:

- | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK | <input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30 | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Untergewicht BMI < 18,5 | <input type="checkbox"/> Gastritis / Ulcus |
| <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt | <input type="checkbox"/> Refluxösophagitis |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Cholelithiasis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Wichtige Informationen für die Beratung:

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift des Arztes _____

Information und Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer Ernährungsintervention

Arzt / Ärztin

- die 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 Krankenkasse /-versicherung und qualifizierte/r Oecotrophologe/in, Ernährungswissenschaftler/in, Diätassistent/in
- Klärung der Finanzierung bzw. Bezuschussung der verordneten Maßnahme (ggf. Kostenvoranschlag vor Inanspruchnahme für die Krankenversicherung notwendig)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme
- vor der Beratung oder spätestens zum Erstgespräch: **Kopie der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung**, Kopien aktueller Laborparameter, Medikation, Befundberichte an die Ernährungsfachkraft
- Durchführung der Maßnahme und Zahlung der Rechnungen an die Ernährungsfachkraft
- nach Abschluss: Antragstellung bei der Krankenkasse / -versicherung auf Bezuschussung unter Vorlage der Rechnungen

Telefon 06159 7159363
kontakt@ernaehrungsberatung-wallner.de
www.ernaehrungsberatung-wallner.de

Beratung & Postanschrift:
Friedrich-Ebert-Straße 5
64409 Messel

Beratung:
Martin-Buber-Str. 56
64287 Darmstadt