

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

## 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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

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

### Auftrag / wichtige Informationen für die Beratung

- Laborbefunde     Medikamentenplan     Befundberichte

Arztstempel / Unterschrift des Arztes

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

### **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, Oecotrophologe/in oder Ernährungswissenschaftler/in vor Inanspruchnahme für Krankenversicherung notwendig)
- Terminvereinbarung zur Durchführung der verordneten Maßnahme