

# 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

- Laborbefunde     Medikamentenplan     Befundberichte

Stempel    Unterschrift von Ärztin   Arzt
---

## 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