Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

|  |
| --- |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |
| Name, Vorname des Versicherten : geb. am: |
| Kassen-Nr.: Versicherten-Nr.: Status: |
| Arzt-Nr. Datum: |

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

**Veronika Toth**

Kirchgasse 17 50259 Pulheim

Tel. 0176 2199 1041

www.veronika-toth.de

veronika.j.toth@gmail.de

Die ärztliche Empfehlung einer individuellen Ernährungsberatung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist notwendig. **Indikation**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Adipositas/ÜbergewichtO Arteriosklerose/KHK O Cholangitis/CholelithiasisO DarmerkrankungenO Diabetes Typ 1 oder 2O EssstörungO FettstoffwechselstörungO Fettleber/Leberzirrhose/ | O Gastritis/UlkusO Herzinsuffizienz/KHKO HypertonieO Hyperurikämie/GichtO NahrungsmittelallergieO Nahrungsmittelintoleranz -unverträglichkeitO Nephrologische Erkrankungen | O Onkologische ErkrankungenO PankreaserkrankungenO RheumaO SchilddrüsenerkrankungO UntergewichtO MangelernährungO ZöliakieO Zustand nach bariatrischer Operation |
| O Sonstige:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Bitte folgende Datenfelder ausfüllen, sofern die Labordaten bekannt und für die Beratung notwendig sind. Alternativ kann auch vorzugsweise der Laborbericht und der Medikamentenplan mitgegeben werden.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Größe | Gewicht | BMI | Gesamtcholesterin | HDL | LDL  |
| Triglyceride | Blutdruck | Transferrin | HbA1c | Harnsäure | CRP |

Praxisstempel

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt/ Ärztin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Erklärung der Vorgehensweise bei gesetzlich Versicherten: Der Arzt:

* hält eine ernährungstherapeutische Beratung seines Patienten für notwendig und bescheinigt dieses mit Angabe der Diagnose.
* gibt die Notwendigkeitsbescheinigung dem Patienten mit und legt Kopien aktueller Blutwerte, ggf. Medikation bei.

# Der Patient:

* erhält einen Kostenvoranschlag vom Ernährungsberater und reicht diesen zusammen mit dieser ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung bei seiner Krankenkasse ein.
* gibtdem Ernährungsberater vor der Beratung oder spätestens zum Erstgespräch die Kopie der ärztlichen Notwendigkeits- bescheinigung, sowie aktuelle Blutwerte und ggf. eine Übersicht der Medikation.
* nimmt **nach** der Bewilligung der Bezuschussung durch die Krankenkasse die Ernährungsberatung/ Leistung in Anspruch und zahlt die Rechnung des Ernährungsberaters.
* stellt bei seiner Krankenkasse mittels Vorlage der Rechnung und dem Zahlungsnachweis den Antrag auf Bezuschussung oder Rückerstattung unter Angabe seiner Kontoverbindung

# Erklärung der Vorgehensweise bei privat Versicherten:

**Der privat Versicherte** sollte vor der Beratung Kontakt zu seiner Krankenkasse aufnehmen und diese Bescheinigung mit Kostenvoranschlag vorlegen. Eine Bezuschussung ist vom ab- geschlossenen Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse abhängig.