

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 Satz1 Nr.2 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Diagnose / Befund

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Hyperuricämie | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Untergewicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Nieren- Erkrankung | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

Therapie / Medikation:

(bitte Labor, Medikamentenplan, Befunde als Kopie zur Beratung mitbringen)

Zusendung des Beratungsberichts: per Post per Fax Telefonische Rücksprache:

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

HINWEIS:

Die Krankenkassen können bis zu 100% der Beratungskosten übernehmen, sofern die Beratung von qualifizierten Ernährungsberatern/-therapeuten durchgeführt wird. Eine Liste erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse oder wenden Sie sich direkt an: