

Ernährungstherapie § 43 SGB V: Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Wussten Sie schon? Eine Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur Ernährungstherapie belastet nicht Ihr Budget! Sie haben die Möglichkeit Ihrem Patienten weitergehende qualifizierte Beratung unkompliziert zu vermitteln. Die Ernährungstherapie wird Ihre Behandlung ergänzen und unterstützen.

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____

Größe: _____	cm	Gewicht: _____	kg	BMI: _____	kg/m ²
--------------	----	----------------	----	------------	-------------------

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adipositas/Übergewicht | <input type="checkbox"/> Fettleber/Leberzirrhose/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose I KHK | <input type="checkbox"/> Gastritis/Ulkus | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Cholangitis/Cholelithiasis | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/KHK | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankung |
| <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 _____ | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Untergewicht/Mangelernährung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung/Fütterstörung | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranz/
- unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | | <input type="checkbox"/> Z. n. bariatrischer Operation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Medikamente: _____

Laborbefund beiliegend: _____ Letzte med. Berichte beiliegend: _____
Eine ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 SGB V ist dringend notwendig wegen
o.g. Diagnose(n).

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift des Arztes