Krankenkasse bzw. Kostenträger

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name, Vorname des Versicherten

geb. am:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status:

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

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum:

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

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum:



Jacqueline Els staatl. gepr. Diätassistentin - VFED-zertifiziert Gaishornstr. 1, 86830 Schwabmünchen Tel.: 08232 99 67 94 Fax: 08232 99 67 95 Mobil: 0177 7291264 Mail: [els-ernaehrungsstudio@gmx.de](mailto:els-ernaehrungsstudio@gmx.de)

**Ärztliche Empfehlung einer individuellen Ernährungsberatung gemäß § 43 SG** (Die Zuweisung ist budgetneutral)

Bei dem/der oben genannten Patienten/Patientin ist aufgrund der vorliegenden Indikation/en eine Ernährungsberatung erforderlich.

Diagnose/Verdacht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Fettstoffwechselstörung * Adipositas/Übergewicht * Diabetes mellitus I/II * Hyperurikämie/Gicht * Hypertonie * Rheumatische Erkrankung * Polyarthritis | * Magenerkrankung * Darmerkrankung * Lebererkrankung * Pankreaserkrankung * Gallenwegserkrankung * Nierenerkrankung * Krebserkrankung | * Untergewicht * Gewichtsverlust * Mangel-/Fehlernährung * Herz-Kreislauferkrankung * Nahrungsmittelallergie   Welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Nahrungsmittelintoleranz   Welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Sonstige:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Folgende Anlagen liegen bei:

□ Laborwerte □ Medizinische Befundberichte □ Medikationsliste

Ergänzende Hinweise (z. B. Medikation): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Ablauf und Kostenerstattung durch die Krankenkassen:**

Arztstempel/Unterschrift

Von ärztlicher Seite wird mit diesem ausgefüllten Vordruck bescheinigt, dass eine Ernährungs-(therapeutische) Beratung notwendig ist. Beigefügt werden für die Ernährungsberatung, falls vorhanden, Blutwerte und Befundberichte.

Schon vor Beginn der Beratung informieren Sie sich als Patient/Patientin bei

Ihrer Krankenkasse über die Höhe der Kostenübernahme. Hierzu erhalten Sie

von Ihrer Ernährungsberatung einen Kostenvoranschlag. Nach Abschluss der

Ernährungsberatung erhalten Sie eine Rechnung, die Sie dann zusammen mit

dieser ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung bei Ihrer Krankenkasse einreichen.