

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

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

(Zuweisung ist extrabudgetär)

Es liegt die Notwendigkeit einer **ernährungstherapeutischen Beratung** gemäß § 43 SGB V durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft vor.

Diagnose(n)/Indikation(en):

Körpergröße: _____ m

Gewicht: _____ kg

BMI: _____ kg/m²

beigefügte Dokumente:

Medikamentenplan

Laborbefunde

Untersuchungsbefunde

Übergewicht/Adipositas

Untergewicht/Mangelernährung

Fettstoffwechselstörung

onkologische Erkrankung

metabolisches Syndrom

Magen-/Darmerkrankung

Diabetes mellitus Typ ____

Reflux

Lebererkrankung

Zustand nach einer großen OP

Nierenerkrankung

Nahrungsmittelallergie oder -intoleranz

Rheumatische Erkrankung/Gicht

andere Erkrankung/Hinweise:

Therapiebericht gewünscht:

ja

nein

Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin

Datum