

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am:

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum:

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
(Die Zuweisung ist budgetneutral)

- Kurativ**
Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 42 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig

Kontaktdaten Patient/in:

Straße/Haus-Nr. PLZ Ort

Telefon-Nr E-Mail

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ Perzentile: _____ Blutdruck: _____

Diagnose / Verdachtsdiagnose:

Folgende Anlagen liegen bei:

Laborwerte
 Medizinische Befunde
 Medikamentenliste

Abschlussbericht erwünscht?

Nein Ja schriftlich telefonisch

Arztstempel/Unterschrift

Indikation(en) für die ernährungstherapeutische Beratung

<input type="checkbox"/> Adipositas BMI > 30	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/> Magenerkrankung (Gastritis...)
<input type="checkbox"/> Übergewicht BMI > 25	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung (z.B. Divertikulitis...)
<input type="checkbox"/> Untergewicht < 18,5	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht	<input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankung
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt	<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz
<input type="checkbox"/> Essstörung	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption
<input type="checkbox"/> Mangel- und Fehlernährung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Histaminintoleranz
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: _____	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Zöliakie
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie
<input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____