

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

### über die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungsberatung

#### ( § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V )

(die Zuweisung ist budgetneutral)

Diätassistentin  
Adipositas-Trainerin  
Mukoviszidose-Trainerin

Rubensplatz 9

31303 Burgdorf

T.: 05136/951 14 61  
M: 0171/440 81 57  
info@esskompetenz.de  
www.esskompetenz.de

Datum: \_\_\_\_\_

#### Persönliche Daten des Versicherungsnehmers:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

#### Ich bestätige hiermit der Patientin/dem Patienten die Notwendigkeit einer individuellen diagnosespezifischen Ernährungsberatung.

Folgende Anlagen liegen bei:  Laborwerte  Medizinische Befundberichte  Medikationsliste

Abschlussbericht erwünscht:  ja  nein

Letzte Labordaten vom : \_\_\_\_\_ ( Kopie bitte beifügen )

Angaben zur Diagnose/ Indikation (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht/ Adipositas  | <input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom                   |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung/ Fehlernährung   | <input type="checkbox"/> Z.n. Covid-19 Infektion                 |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht < BMI 18,5  | <input type="checkbox"/> Essstörung : _____                      |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                           |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaferkrankungen   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ: ____ HbA1c: ____ |
| <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/Gicht  | <input type="checkbox"/> Osteoporose                             |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten (Beispiel: Laktoseintoleranz, Hühnereiweiß-Allergie, Histaminintoleranz ) |  |

Diagnose/Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

(Kopie des Allergietests bitte beifügen)

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes : \_\_\_\_\_

Sonstiges : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Stempel Arzt

Erklärung zur Vorgehensweise bei **gesetzlich** Versicherten:

Der **ARZT**:

1. Hält eine ernährungstherapeutische Beratung/Ernährungsberatung seines Patienten für notwendig und bescheinigt dies mit Angabe der Diagnose.
2. Gibt die Notwendigkeitsbescheinigung dem Patienten mit und legt eine Kopie der aktuellen Blutwerte und ggf. Medikation und evtl. Befundberichte bei.

Der **PATIENT**:

1. Nimmt Kontakt zu seiner Krankenkasse auf, um sich nach den Bezuschussungsmöglichkeiten zu erkundigen.
2. Nimmt dann den Kontakt zur Ernährungsfachkraft auf.
3. Lässt der Ernährungsfachkraft vor der Beratung oder spätestens zum Erstgespräch eine Kopie der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung sowie die aktuellen Blutwerte, Befundberichte und ggf. die Übersicht der Medikation zukommen.
4. Wird ggf. von der Krankenkasse aufgefordert, einen Kostenvoranschlag der Ernährungsfachkraft vorzulegen.
5. Sendet das Original der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung (und ggf. den Kostenvoranschlag) an seine Krankenkasse und wartet auf deren Rückmeldung.
6. Nimmt die Leistung der Ernährungsberatung in Anspruch und zahlt die Rechnung der Ernährungsfachkraft.
7. Stellt der Krankenkasse mittels Vorlage der Rechnung und dem Zahlungsnachweis den Antrag der Bezuschussung/Rückerstattung unter Angabe seiner Kontoverbindung.

Erklärung zur Vorgehensweise bei **privat** Versicherten:

Der privat Versicherte sollte im Vorfeld der Beratung unter Vorlage dieser Bescheinigung Kontakt zu seiner Krankenversicherung aufnehmen. Eine Bezuschussung ist hier u.a. vom abgeschlossenen Vertrag abhängig.