

Ärztliche Bescheinigung über die medizinische

Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Zuweisung zum:
am

N für Name, Vorname _____ geboren _____



0170/2731874
kontakt@ernaehrungscoach-schilling.de

Diplom-Trophologen

Straße, Hausnummer _____

Marko Schilling

PLZ, Ort _____

Ernährungsberater/DGE

**Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert.
Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des
Patienten gebeten.**

- Medikamentenplan liegt bei
- Laborbefunde liegen bei
- medizinische Berichte liegen bei

Größe _____

Gewicht _____

BMI _____

RR _____

Zutreffende Indikation(en) bitte ankreuzen!

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| ○ Adipositas | ○ Untergewicht | ○ Diabetes Typ 1/Typ 2 |
| ○ Bluthochdruck | ○ Fettstoffwechselstörung | ○ Darmerkrankungen |
| ○ Hyperuricämie/Gicht | ○ Osteoporose | ○ Nahrungsmittelintoleranz |
| ○ Essstörungen | ○ Rheuma | ○ Schilddrüsenerkrankungen |
| ○ Z. n. bariatrischer OP | | ○ Hepatische Erkrankung |
| ○ sonstige Erkrankung _____ | | |

- Ich bitte um
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zusendung eines Beratungsberichtes | <input type="checkbox"/> zu Beginn der Beratung. |
| <input type="checkbox"/> telefonische Rücksprache | <input type="checkbox"/> regelmäßig. |
| | <input type="checkbox"/> bei Abschluss der Beratung. |

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Arztes _____

Vorgehensweise zur Verordnung und Inanspruchnahme einer ernährungstherapeutischen Beratung:

Arzt/Ärztin

- Verordnung ist außerhalb des Budgets
- vollständig ausgefüllte Notwendigkeitsbescheinigung dem/der Patient/in übergeben

Versicherter/Versicherte

- ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beim Arzt Besorgen
- Notwendigkeitsbescheinigung an Krankenkasse übergeben und Bezugshaltung klären
- nach Klärung mit Krankenkasse beim Ernährungsberater Termin vereinbaren