

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung zur ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 1 SGB V

Diagnose / Befund

Zutreffende Indikation/en für eine Ernährungsumstellung (vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18,5) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI 25-29,9) | <input type="checkbox"/> Fehl- / Mangelkrankung |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30) | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/ -intoleranzen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ ____ | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis / Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Hyperuricämie | |

Beratungsrelevante Laborwerte: (Kopie Laborbericht)

Beratungsrelevante Medikation:

Datum

Stempel/ Unterschrift des behandelnden Arztes

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch. Eine Kopie des Kostenvoranschlages lege ich bei.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkasse:

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: