

An meine Krankenkasse:



Wilhelm-Schussen-Str. 40  
88427 Bad Schussenried  
Tel: 07583 94050  
[info@schwabenpraxis.de](mailto:info@schwabenpraxis.de)

### Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung einer ernährungstherapeutischen Beratung nach § 43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Datum:

Patientenname, Vorname:

Straße, Hausnr.

Geburtsdatum:

Körpergröße (in m):

PLZ, Ort:

Krankenkasse:

Körpergewicht (in kg):

#### Indikation / Grund der Ernährungsberatung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Übergewicht/Adipositas, BMI:
- Diabetes mellitus Typ 1  Typ 2  HbA1c-Wert (in%):
- Fettstoffwechselstörung, Gesamt-Cholesterin (in mg/dl):
- Triglyzeride (in mg/dl): LDL (in mg/dl): HDL (in mg/dl):
- Bluthochdruck RR (in mmHg): /
- Hyperurikämie Harnsäure (in mg/dl)
- Osteoporose Knochendichte (T-Wert):
- Maligne Erkrankung mit Gewichtsabnahme von kg in Monaten
- Mangelernährung, Albumin (in g/dl): Eisen (in µg/dl):
- Allergie/ Nahrungsmittelintoleranz gegen:
- Nierenerkrankung Serum-Kreatinin in (mg/dl): Harnstoff (in mg/dl):
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung
- Sonstiges:

#### Ich halte eine Ernährungsberatung für medizinisch sinnvoll und erforderlich:

Arztadresse, Stempel, Unterschrift, Datum:

#### Der Arzt:

1. hält eine Ernährungsberatung seines Patienten für notwendig, stellt eine Notwendigkeitsbescheinigung aus und gibt sie (ggfs. mit Laborwerten wie Cholesterinspiegel, HbA1c, oder anderen Befunden) an Patienten.

#### Der Patient:

1. schickt die Notwendigkeitsbescheinigung und unseren Kostenvoranschlag an seine Krankenkasse um die Kostenübernahme durch die Kasse zu klären.
2. Macht bei uns den 1. Ernährungsberatungstermin aus, bitte 1 h einplanen und bei Anmeldung zum Termin sagen was in der Beratung gewünscht wird (zB. Gewichtsreduktion bei Diabetes, Laktoseintoleranz, ...). Kostenzusage der Krankenkasse mitbringen!
3. bezahlt die Beratungsstunden per Rechnung
4. Die Rechnung reicht der Patient bei der Krankenkasse ein und bittet um die zugesagte Rückerstattung.