

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten :	geb. am:	
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr.:	Status:
Arzt-Nr.	Datum:	

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung:

(Die Zuweisung ist budgetneutral)

<b>Antonia Kuhlmann</b> Ernährungsberaterin/DGE und VDOE		<b>ZERTIFIKAT</b> ERNÄHRUNGSBERATERIN <b>VDOE</b> BERUFSVERBAND OECOTROPHOLOGIE E.V.
Phoenixhof 1. OG Ruhrstraße 11a 22761 Hamburg	Rixstraße 11 25421 Pinneberg	
Tel. 0151 1782 3633 Tel. 04101-69129 <a href="mailto:info@antonia-kuhlmann.de">info@antonia-kuhlmann.de</a>	Fax. 04101-8692620 <a href="http://www.antonia-kuhlmann.de">www.antonia-kuhlmann.de</a>	

Die ärztliche Empfehlung einer individuellen Ernährungsberatung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist notwendig.

Indikationen: \_\_\_\_\_

Indikationskatalog für eine diätetische Ernährung/Ernährungsumstellung:

- |                                                  |                                                      |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Adipositas              | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz            | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz     |
| <input type="checkbox"/> metabolisches Syndrom   | <input type="checkbox"/> Insulinresistenz            | <input type="checkbox"/> Leber                 |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie              | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie/ Gicht        | <input type="checkbox"/> Magen                 |

Bitte folgende Datenfelder ausfüllen, sofern die Labordaten bekannt und für die Beratung notwendig sind.  
Alternativ kann auch vorzugsweise der Laborbericht mitgegeben werden.

Gesamtcholesterin	HDL	LDL	Triglyceride	
Blutzuckerbereich	HbA1c	Harnsäure		

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

Unterschrift Arzt/ Ärztin: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

### Erklärung der Vorgehensweise bei gesetzlich Versicherten:

#### Der Arzt:

- hält eine ernährungstherapeutische Beratung seines Patienten für notwendig und bescheinigt dieses mit Angabe der Diagnose.
- gibt die Notwendigkeitsbescheinigung dem Patienten mit und legt Kopien aktueller Blutwerte, ggf. Medikation bei.

#### Der Patient:

- gibt dem Ernährungsberater vor der Beratung oder spätestens zum Erstgespräch die Kopie der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung, sowie aktuelle Blutwerte und ggf. eine Übersicht der Medikation.
- erhält einen Kostenvoranschlag vom Ernährungsberater und die Bezuschussungsmodalitäten von der Krankenkasse.

- nimmt die Ernährungsberatung/ Leistung in Anspruch und zahlt die Rechnung des Ernährungsberaters.
- stellt bei seiner Krankenkasse mittels Vorlage der Rechnung und dem Zahlungsnachweis den Antrag auf Bezuschussung/Rückerstattung unter Angabe seiner Kontoverbindung.

### Erklärung der Vorgehensweise bei privat Versicherten:

Der privat Versicherte sollte vor der Beratung Kontakt zu seiner Krankenkasse aufnehmen und diese Bescheinigung mit Kostenvoranschlag vorlegen. Eine Bezuschussung ist vom abgeschlossenen Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse abhängig.